

被保険者証記号	苦小牧				高齢課税区分		
被保険者証番号		世帯主氏名		診療月	年 月	世帯課税区分	
国民健康保険で診療を受けた人				診療を受けた病院等			
1	氏名			外来・入院	医療機関名		
	生年月日	年 月 日	資格区分		一般・退本・退家	点数	点 負担割合 割
	個人番号 (職権記載 □)				日数	日間 支払金額 円	
2	氏名			外来・入院	医療機関名		
	生年月日	年 月 日	資格区分		一般・退本・退家	点数	点 負担割合 割
	個人番号 (職権記載 □)				日数	日間 支払金額 円	
3	氏名			外来・入院	医療機関名		
	生年月日	年 月 日	資格区分		一般・退本・退家	点数	点 負担割合 割
	個人番号 (職権記載 □)				日数	日間 支払金額 円	
傷病名		診療報酬明細書(別途保管)のとおり					
療養を受けた病院等の所在地		診療報酬明細書(別途保管)のとおり					
療養期間		診療報酬明細書(別途保管)のとおり					
十二月間に受けた高額療養費の月数が三月以上ある場合、その療養があった年月		電子データ(別途保管)のとおり	特定給付対象療養である場合、その金額		百	千	

苦小牧市長 様

年 月 日

本申請に対し、自己負担限度額決定のため、私の世帯に応じて課税資料その他公簿により調査することを承諾するとともに、上記のとおり申請します。

〒

住 所

世帯主氏 名

印 (署名)

生年月日

年 月 日

連絡先TEL

個人番号  
(職権記載 □)

前回申請口座から変更を希望される方は、以下にご記入ください。

支払方法	・窓口受取	(口座振込指定欄) 銀行 本店 信用金庫 支店 組合	(口座番号) 普通・当座・貯蓄
	・銀行振込 (世帯主のみ)		

受付印

受付者