

市町村受付印

令和 年 月 日

※太枠の中をご記入ください。

被 保 険 者 番 号		
被保険者	住 所	
	氏 名	
届出人	氏 名	続柄
	連 絡 先	() ー

記

※支給項目にチェックしてください。

該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

支給項目		☐ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ その他（ ）									
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）					本店 支店 （ ）		預金種別	普通 当座 貯蓄		
口座番号等 左詰記載して下さい											
口座名義人		カタカナで記入してください。									

※送付項目にチェックしてください。

送 付 項 目	☐ 資格 ☐ 賦課 ☐ 収納 ☐ 給付 ☐ 減額査定通知 ☐ 医療費通知 ☐ 後発医薬品		
送 付 先 住 所	〒 -		
送 付 先 氏 名	連絡先 (☎ - -)		

保健総合		広域端末		Aネット後期		被保険者確認 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ さくらカード ☐ 運転免許証 ☐ （ ）	届出人確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ （ ）
入力	確認	入力	確認	入力	確認		