

# 尾道市国民健康保険 高額療養費支給決定通知書 再交付申請書

年 月 日

申請者 (来庁者)	住 所	尾道市		
	氏 名			
	連絡先			
	続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ( 子・子の妻・ )		

必要な高額療養費の支給分	被 保 険 者 番 号			
	世帯主	氏 名	□上記と同じ	
		生年月日	年	月
	住 所	□上記と同じ		
	対象診療月		支給日 (職員が記入)	

※ 申請者が同世帯員以外、または、本人確認書類がない場合は郵送となります。

【職員記入欄】

交付日	年 月 日
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 (世帯主もしくは同一世帯員が来庁) <input type="checkbox"/> 郵送 (代理人申請・本人確認書類無等)
本人確認書類 (職員が記入)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
担当職員名 (押印又はサイン)	受付 ( ) 発行 ( ) 確認 ( )