

被保険者 記号・番号	綾 1234-56789	療養を受けた 被保険者の氏 名・生年月日	綾部 花子	昭和〇〇年〇月〇〇日生	世帯主と の続柄	妻
個人番号	112233445566					

傷病名					
療養を受けた病院・診療所 ・薬局等の名称及び所在地	名称	受診された対象者について ご記入ください。			
	所在地				
病院等で療養を受けた期間	入院	年	月	日から	日間
	外来			日まで	
受けた療養に対し病院等で支払 った額	¥				
診療費につき公 ありますか(あり)	下記以外の金融機関で受領する場 合は、空欄にご記入ください。				ある ・ ない
備考					

上記のとおり申請します。	振 込 先	京都銀行 〇〇 支店	(預金種目)	普通・当座
令和〇年 〇月 〇〇日		京都北都信用金庫 支店	(口座番号)	XXXXXXXX
綾部市長様		京都丹の国農協 支店	(フリガナ)	アヤベ ハナコ
			(名義人)	綾部 花子

世帯主についてご記入ください。

世帯主住所 綾部市〇〇町××番地

氏名 綾部 太郎

電話番号 (0000-00-0000)

個人番号 000000000000

委任の欄 この欄は給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください。

上記高額療養費の受領を 綾部 花子 に委任します。

令和〇年 〇月 〇〇日

世帯主名 綾部 太郎

※この欄には 世帯主以外の方が受領する場合はご記入ください。

押印をお願いします。(ゴム印不可)

整理番号							
資格	70歳以上						割
	70歳未満						割
区分	70歳以上	現役並	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	一般	低所得 Ⅱ Ⅰ
	国保世帯	上位	ア・イ		一般	ウ・エ	低所得 才

決 裁 処 理	支給する	支給金額(③-⑥)		決定点数 ①		点
		円		費用額 ②		円
		①×10-④		一部負担金 ③		円
	支給期間	年 月 日	②×0.1・0.2・0.3		円	
支給しない	支給決定日	年 月 日	他法負担	他法負担④	円	
			()	同他負担⑤	円	
第三者行為の有無			有		無	円

受診理由が、第三者行為による場合(交通事故等)は「有」、それ以外の場合(ご病気等)は「無」に○をしてください。

※別紙積算の