

国民健康保険高額療養費支給申請書 （ 年 月診療分）

被保険者 記号・番号	綾	療養を受けた 被保険者の氏 名・生年月日	年 月 日生		世帯主と の続柄
個人番号					
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				
	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	¥				
診療費につき公費負担が ありますか（ありましたか）	ある ・ ない				
備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 綾 部 市 長 様	振 込 先	京 都 銀 行	支店	(預金種目) 普 通 ・ 当 座	
		京 都 北 都 信 用 金 庫	支店	(口座番号)	
		京 都 丹 の 国 農 協	支店	(フリガナ)	
				(名 義 人)	
世帯主 住 所 -----					
氏 名 -----					
電話番号 (-----)					
個人番号 -----					
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 _____ に委任します。			
		年 月 日		世帯主名 _____ (印)	

※この欄には記入しないで下さい。

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	オ
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			
	支給決定日	年 月 日		他法負担 ()	他法負担④		円		
支給しない			国保負担⑤		円				
			被保険者負担金 ⑥		円				
		※別紙積算のとおり							
第三者行為の有無					有 ・ 無				