

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			世帯主と の続柄	
個人番号			年 月 日生			
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 の受領を委任す る場合のみ記入 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_____⑩				

※この欄には記入しないで下さい。

整理番号									
資 格	7 0 歳 以 上			割					
	7 0 歳 未 満			割					
区 分	7 0 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)  円		決 定 点 数 ①		点			
				費 用 額 ②		円			
		①×10－④		一 部 負 担 金 ③		円			
		②×0.1・0.2・0.3							
	支 給 期 間	年 月 分 日		一 部 負 担 金 ③		円			
		年 月 日		②×0.1・0.2・0.3					
支 給 し な い			他 法 負 担 ( )		他 法 負 担 ④		円		
			国 保 負 担 ⑤		円				
			被保険者負担金 ⑥ ※別紙積算のとおり		円				
第 三 者 行 為 の 有 無				有 ・ 無					