

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	世帯主と の続柄	妻
個人番号	112233445566		昭和〇〇年〇月〇〇日生		
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	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 あります(あ	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
備考					
上記のとおり申請します。 令和〇年 〇月 〇〇日 綾部市長様	振込先	京都銀行 〇〇 支店 京都北都信用金庫 支店 京都丹の国農協 支店	(預金種目) (口座番号) (フリガナ) (名義人)	普通・当座 XXXXXXXX アヤベ ハナコ 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 (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下さい。	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 綾部 太郎 (印) 世帯主名			
※この欄は世帯主以外の方が受領する場合はご記入ください。					
整理番号	押印をお願いします。(ゴム印不可)				
区分	70歳未満	一般	割	退職	割
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 済 処 理	支給する	支給金額(③-⑥) 円	決 定 点 数 ①	点	
			費 用 額 ② ① × 10 - ④	円	
	支給期間	年 月 分 日	一 部 負 担 金 ③ ② × 0.1 ・ 0.2 ・ 0.3	円	
	支給決定日	年 月 日	他 法 負 担 ()	円	
	支給しない	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。		円	
		※別紙積算のとおり		円	
第三者行為の有無		有		無	