

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 | 大・昭・平 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 | 月 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 京 都 北 都 信 用 金 庫 支店 京 都 丹 の 国 農 協 支店 | (預金種目) 普 通 ・ 当 座 (口座番号) (フリガナ) (名 義 人) | | | |
| 世帯主住所----- | | | | | | |
| 氏 名----- | | | | | | |
| 電 話 (-----)----- | | | | | | |
| 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下さい。 | 上記高額療養費の受領を_____に委任します。 年 月 日 世帯主名----- [㊟] | | | | |

※この欄には記入しないで下さい。

| | | | | | | | | |
|------------------|-------|---------------|-------------|-----------|---------|-----|-----|--|
| 整理番号 | | | | | | | | |
| 資 格 | 70歳以上 | 一般 | 割 | | | | | |
| | 70歳未満 | 一般 | 割 | 退職 | 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 | | |
| | 支給しない | 支給期間 | 年 月 分 日 | | ①×10-④ | | 円 | |
| | | 支給決定日 | 年 月 日 | | 一部負担金 ③ | | 円 | |
| | | | 他法負担 () | 他法負担④ | | 円 | | |
| | | 被保険者負担金 ⑥ | | 国保負担⑤ | | 円 | | |
| | | ※別紙積算のとおり | | | | 円 | | |
| 第三者行為の有無 | | | | 有 ・ 無 | | | | |