

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 の続き柄	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 ・ ない	
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	(預金種目)	普通・当座
		京都北都信用金庫 支店	(口座番号)	XXXXXXXX
		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

世帯主名 綾部 太郎

※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	一般	割	押印をお願いします。(ゴム印不可)	
資	70歳未満	一般	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 済 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
		② × 0.1・0.2・0.3		他法負担 ④		円
	支給しない	支給期間 年 月 分 日		他法負担 ()	円	
	支給決定日 年 月 日		国保負担⑥	円		
第三者行為の有無			※別紙積算のとおり		円	
無			有		無	

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。