



一般	未就学	7割
退職本人	高齢1, 2	8割
退職扶養	高齢3	9割

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

① 被保険者証 記号・番号	② 療養を受けた被 保険者の氏名・生年 月日・個人番号	昭・平・令 年 月 日					③世帯 主との 続柄					
		個人番号										
④ 傷 病 名												
⑤ 診療を受けた病院、診療所、 薬局等の名称及び所在地	名 称											
	所在地											
⑥ ⑤の病院等で療養を 受けた期間	入 院		年 月 日から					日間				
	外 来		同年 同月 日まで									
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額	円					※ 保険対象外の諸費用を含まない金額を 記入してください。						
⑧ 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											
⑨ 備 考												
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 (あて先)京田辺市長 電 話 ()												

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 世帯主氏名..... ㊟
--------------	--	---

※この欄には記入しないでください。

区 分	レセプト枚数	調剤合算	ア	イ	現役並みⅢ	一般
		世帯合算	ウ	エ	現役並みⅡ	低Ⅱ
	入力区分	入院	オ	多数該当	現役並みⅠ	低Ⅰ
	限度額記入欄	外来	過去支給月			
決裁 処理	1 支給する	算 定 上	円			
	2 支 給 しない	支 給 額	円			
		差額前回支給	円			
第三者行為		公 費		受付者印		
有 ・ 無		有	無			

1 口座振込	
銀行 信用金庫 農協	
本店 支店	
普・当	番号
フリガナ	
口座 名義人	
2 窓口支払	