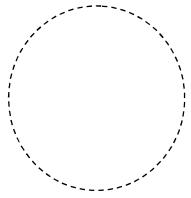


様式第4号(第13条関係)



未就学	8割
高齢2	
高齢3	7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 記号・番号	田 -	② 療養を受けた被保険者の氏名・生年 月日・個人番号							③世帯 主との 続柄
			昭・平・令 年 月 日			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							
⑥⑤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				
⑦⑥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。 令和 年 月 日 世帯主 住所 京田辺市 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 印
------	------------------------------	--

※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
決 裁 処 理	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			
1 支 給 す る	算定上	円				1 口座振込
	支給額	円				銀行 信用金庫 農協
	差額前回支給	円				本店 支店
第三者行為		公費			受付者印	普・当 番号
有・無		有	無			フリガナ

2窓口支払
口座 名義人