



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															
⑥ ⑤ の 病 院 等 で 療 養 を 受 け た 期 間		入 院	年 月 日から														
		外 来	同年 同月 日まで 日間														
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。 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
------------------	--	---

※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	