

国民健康保険高額療養費支給申請書 受付者 _____

平成 年 月 日

大野城市長様

住所 大野城市.....

下記のとおり申請します。

世帯主 名前..... 印

電話.....

保険証の 記号番号	A -	診療月	平成 年 月分	前期一般 前期退職本人 前期退職扶養
--------------	-----	-----	---------	--------------------------

受診者氏名	(男・女) <昭和 年 月 日>
-------	------------------

診療機関	診療期間	支払診療費	区分
	日~ 日(日)		入院・外来・交通事故
	日~ 日(日)		入院・外来・交通事故
	日~ 日(日)		入院・外来・交通事故
	日~ 日(日)		入院・外来・交通事故
	日~ 日(日)		入院・外来・交通事故

振込 金融機関	銀行 農協	口座番号	普・当
	支店	口座名義	フリガナ

支給決定額 D	高額貸付基金返還額 E	税充当額 F	差引支給額 G (D - E - F)
円	円	円	円

医療費総額 A	一部負担額 (A x 0.1、A x 0.3)	公費負担額	薬剤負担額	国保税への充当
1				全額・金 _____ 円を国保税に 充当いたします。 (住所) (氏名)
2				

自己負担限度額	一定以上 / 一般 / 低所得 / 低所得	多数該当	3回未満 3回以上
---------	-----------------------	------	--------------

自己 負担 額	(外来) 一定以上 : 44,400 円	(外来+入院) 一定以上 : 81,000 円 + 1% = _____ 円
	一般 : 12,000 円	一定以上【多数該当】: 44,400 円
	低所得者 : 8,000 円	一般 : 44,400 円
	低所得者 : 8,000 円	低所得者 : 24,600 円 低所得者 : 15,000 円