

**国民健康保険高額療養費支給申請書** 受付者 \_\_\_\_\_  
(H18.10月以降分)

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	一般 退職本人 退職扶養
受診者 氏名 (生年月日)	(男・女) (昭・平 年 月 日)	(男・女) (昭・平 年 月 日)	(男・女) (昭・平 年 月 日)	
診療 機関	名称			
	場所			
診療期間	日 ~ 日 (日間)	日 ~ 日 (日間)	日 ~ 日 (日間)	
支払診療費 (保険分)	円	入院・外来 交通事故	円	入院・外来 交通事故

下記の金融機関口座に振り込んでください。

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

(ここから下は記入しないでください。)

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 × 0.3)	公費負担額	薬剤負担額
1			
2			
3			
課税判定	上位 一般 非課税	国保税への充当	
多数該当	3回未満 3回以上	(住所)大野城市	
		(氏名) _____ 印	
自己負担額	上位所得世帯にあつては A が 500,000 円を超えた場合、一般世帯にあつては A が 267,000 円を超えた場合、その超えた分の 1% 相当額。(1 円未満四捨五入) B = (A - 500,000 又は 267,000) × 0.01 = _____ 円		
	上位所得: 150,000 円 + B 円 = _____ 円	上位所得多数: 83,400 円	
	一般 : 80,100 円 + B 円 = _____ 円	一般多数 : 44,400 円	
	非課税 : 35,400 円	非課税多数 : 24,600 円	