

一般	退職
----	----

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証 記号・番号	宮	個人番号	世帯主 との続柄	昭・平・令 年 月 日
		療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日		
受診医療機関	名称			
	住所			
受診期間	入院	日間		
	外来	日 ~ 日		
支払額(自己負担額)	円	費用額	円	
備考				
<p>上記のとおり申請します 令和 年 月 日 宮津市長 世帯主 住所 〒 宮津市字 氏名 個人番号 () 電話 () -</p>				
委任欄	この欄は給付金の 受領を世帯主以外に頼む ときだけ記入してください	<p>上記高額療養費の受領を () に委任します。 令和 年 月 日 世帯主氏名 ④</p>		
振込先	フリガナ	振込金融機関名	口座番号	
	口座名義人	銀行 信用金庫 支店 農協	普通 当座	

支給決定処理(※以下の記入は必要ありません)

課税状況	課税	非課税	無申告	免除	1%負担あり	
区分	ア	イ	ウ	エ	オ	多数
① 医療費	円	② 自己負担額	円	レセプト	枚	
252,600円 167,400円 + (①) 80,100円	円	-	842,000円 558,000円 267,000円) × 1% = (A)	円 (自己負担限度額)	
② - (A) = <input type="text"/> 円(支給額)						
一 般 ・ 前 期 高 齢 者 合 算						
前期高齢者 自己負担額	(ア)	円	一般 自己負担額	(イ)	円	
252,600円 167,400円 + (①) 80,100円	円	-	842,000円 558,000円 267,000円) × 1% = (A)	円 (自己負担限度額)	
② + (ア) + (イ) - (A) = <input type="text"/> 円(支給額)						
個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 書類提示が困難である理由(忘れて持参してない、所在がわからない、())					
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 その他 ()					
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(□本人・□代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請		<input type="checkbox"/> 手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未		