

決 裁	常務理事	事務長	係

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月 診療分)

記入

① 被保険者証の記号番号	芸	② 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	昭・平 年 月 日生	③ 組合員との続柄	
④ 傷病名					
⑤ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
⑥ ⑤の薬局で療養を受けた期間	入院	平成 年 月 日から	日間		
	外来	同月 日まで			
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	(保険診療分) ¥				
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				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 組合員住所 〒					
氏名 _____ (印)					
理事長 殿 電話 _____ ()					

※領収書のコピーを添付してください。

口座振込指定欄	給付金の受領は下記の通りお振込みください。				
	銀行 (店番 _____) 普	金庫 _____ 支店	当	口座番号 _____	
委任の欄	フリガナ _____				
	口座名義人 _____	お願い ※口座名義人は組合員名で。 ※口座があれば京都銀行指定に。			
委任の欄	この欄は給付金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振り込むときだけ記入してください。		申請の給付金に受領を(_____)に委任します。		
			平成 年 月 日 組合員氏名 _____ (印)		

$$80,100 + \{ (\quad - 267,000) \} \times 0.01$$

$$80,100 + \{ \quad \} = \text{自己負担}$$

一 般

多数・合算

医療費3割	-	自己負担	=	支給金額
-------	---	------	---	------

決 裁	支給する	支給金額		円
		支給決定日	平成 年 月 日	