

恵庭市国民健康保険高額療養費支給申請書

受付印

70歳以上75歳未満

〔平成・令和 年 月診療分〕

一般

退職本人

退職扶養

非自発的失業軽減特例

下記の通り申請します。また、自己負担限度額の確認のため、世帯主及び被保険者の住民税課税状況について調査を依頼します。

令和 年 月 日

申請者（世帯主）住所 恵庭市 京町1番地

氏名 恵庭 太郎 恵庭

電話 (0123-33-3131)

携帯 (090-8888-9999)

恵庭市長様

*世帯主が死亡している場合は法定相続人が申請者となります。

被保険者記号番号

療養を受けた被保険者氏名・個人番号・生年月日

氏名	氏名	氏名
恵庭 花子		
個人番号	個人番号	個人番号
生年月日	昭和 平成 令和 25年7月30日	昭和 平成 令和 年 月 日
一部負担金額	円	円
第三者行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第三者行為

振込指定口座記入欄（原則として世帯主の口座に限る）

振込金融機関	口座名義人	口座番号	種別
北洋 銀行・信金 信組・農協	恵庭 花子	1234567	普通 当座 貯蓄

受取委任住所 恵庭市 同上

(受領者)氏名 恵庭 花子 恵庭

私は、上記の者に高額療養費の受領を委任しましたのでここに届出します。

令和 年 月 日

委任者住所 恵庭市 同上

(世帯主)氏名 恵庭 太郎 恵庭 (\$15年10月22日生)

恵庭市長様

恵庭市審査決定欄

入院	入院外	歯科	調剤	訪問・その他	自己負担限度額	外来（個人単位）	入院及び世帯単位
負担割合	1割・2割・3割		低所得認定	有・無	現役並みⅢ	252,600	加算額 多数該当 (140,100)
総費用 (レセプト点数×10) a	公費負担 b	一部負担金 (a-b)×負担割合=c	自己負担 限度額 d		現役並みⅡ	167,400	加算額 多数該当 (93,000)
		支払 レセプト			現役並みⅠ	80,100	加算額 多数該当 (44,400)
支給決定金額 c-d=e	備考		レセプト件数		一般	18,000	57,600 多数該当 (44,400)
			件		低所得Ⅱ	8,000	24,600
					低所得Ⅰ		15,000
世帯合算	第三者	受付	入力		課長	主査	担当
あり	なし	非該当	審査中保留	該当			