

様式第18号の2（第9条の2関係）

恵庭市国民健康保険高額療養費支給申請書

受付印

70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		
恵庭 12345678	氏名 恵庭 太郎	氏名	氏名
	個人番号	個人番号	個人番号
生年月日	昭和 平成 令和 23年6月30日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
一部負担金額	円	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	<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	北洋 銀行・信金 信組・農協	恵庭中央	本 支店
フリガナ	エニワ タロウ	口座番号	1234567
口座名義人	恵庭 太郎		普通 当座 貯蓄

受取委任 住所 恵庭市

(受領者) 氏名 印

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

(世帯主) 氏名 印 (年 月 日生)

恵庭市長様

申請者(世帯主)と口座
名義人に相違があると
きにご記入ください。

恵庭市審査決定欄

入院	入院外	歯科	調剤	訪問・その他	適用区分	通常	4回以降
負担割合		3割			ア	252,600 加算額	140,100
傷病名・療養取扱機関名 療養期間 別紙のとおり（レセプト）					イ	167,400 加算額	93,000
総費用 (レプト点数×10) a	公費負担 b	一部負担金 (a-b)×0.3=c	自己負担 限度額 d	ウ	80,100 加算額	44,400	
		支払 レプト		エ	57,600	44,400	
				オ	35,400	24,600	
合算（あり・なし）			支払決定金額 c-d=e				
前期・世帯・委任払			円				
重・ひ・乳		第三者		受付	入力		
あり	なし	非該当	審査中保留	該当			

課長	主査	担当