

## 国民健康保険高額療養費支給申請（請求）書

※太枠の中を記入してください。

令和 年 月 診療分	被保険者記号番号	0								
療養を受けた方の氏名	A <b>ウサ タロウ</b> <b>宇佐 太郎</b>			B						
生 年 月 日	昭和 <b>平成</b> 令和 <b>1</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日			昭和 平成 令和 年 月 日						
個人番号										
病院等の名称及び所在地										
病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで（ 日間）			年 月 日から 同月 日まで（ 日間）						
病院等で支払った額（自己負担額）	A 円			B 円						
支払区分	一般・前期高齢者・未就学児		3回以内	1割・2割・3割						
	退職（本人・被扶養）		4回以上	課税		非課税				
	医療費総額	自己負担額		アイウエ 上位		オ				
	( )	( )		一般 現役並 I II III		I II				
	( )	( )	252,600+(	-842,000)*1%=						
	( )	( )	167,400+(	-558,000)*1%=						
	( )	( )	80,100+(	-267,000)*1%=						
	( )	( )	140,100	93,000	44,400	24,600				
	( )	( )	57,600	35,400	18,000					
	( )	( )	15,000	14,000	12,000	8,000				
支給算出額	円									
			第三者求償			有・無				

振込先金融機関	※金融機関コード			
	<b>〇〇</b>	<b>銀行</b> 金庫・組合 農協	<b>××</b>	本店 <b>支店</b> 出張所・代理店
	口座名義（カタカナ）		口座番号	
	<b>ウサ タロウ</b>		<b>1234567</b>	
上記の口座への振込を承諾します。（氏名 印）				

申請（支払）金額		外 来	世 帯 単 位	国保世帯全体
	70歳未満			円
	前期高齢者	円	円	円

高額療養費として上記のとおり申請（請求）します。

令和 年 月 日

宇佐市長 あて

担当者	
-----	--

世帯主	住所	<b>宇佐市大字上田1030番地の1</b>		
	氏名	<b>宇佐 太郎</b> 印		
	電話番号	<b>0978-27-8135</b>	本人確認	免・旅
	個人番号			