|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　年　　　　月診療分 | 第三者行為（有・無） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 生年月日 | Ｓ・Ｈ 　・ 　・ 　 | 年齢 | 歳 |
| 　療養を受けた　被保険者名 | 傷　病　名 | 療養を受けた病院等の名称 | 入院・通院、医科歯科その他の別 | 一　般退職者 | の別 | 一部負担として支払った額 |
|  |  |  | 入・通（医･歯･調･他） | 一般・退本・退扶 | 円 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 入・通（医･歯･調･他） | 一般・退本・退扶 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 入・通（医･歯･調･他） | 一般・退本・退扶 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 市町村民税課税の有無 | 有 | 無 | 市町村条例により市町村民税免除の有無 | 有 ・ 無 | 高齢受給者負担区分 |  |
|  |
|  高額療養費として前12ヵ月間に支給を受けた該当月に〇印を |
| 年 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 |  |
| 年 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  | 月 |  |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 |  |
| 　 　　　　　　　 年 　　月 　　日　 　　 世帯主 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　 　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個　人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 番　号　　　　　　　　　　　　　　　　　空知中部広域連合長　　　　　様　　 　　　  |
| 　 上記の申請金額の受領を 　　　　　　　　　　　　　　に委任いたします。　　　 　　 年 　　月 　　日　 　　　世帯主 住　所　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 氏　名　　　　　　　　　　 　　　 　　　 　  |
|  ※上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記決定調書のとおりである。 |
| 審　　査　　決　　定　　額　　調　　書 |
| 療養を受けた | 療養に要した費　 用　 額 | 保 険 者負 担 額 | 一部負担金 の 額 | 他法負担（優先）の額 | 自己負担限 度 額 | 差引支給額－ | 世帯合算等に（計 算 式） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 受　取　り　希　望　金　融　機　関　名 | フ リ ガ ナ |
| 銀行・農協金庫・信組 | 本店・支店本所・支所 | 普通当座貯蓄 | 口座名義人 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |