

一部負担金の領収書のコピーを添付してください。

(返却はいたしません。)

事務長	課長	係員

(平成 21 年 9 月分) 高額療養費支給申請書

受診者	記号番号	医 11-11111	氏名	京都 太郎
	生年月日	明・大 14年1月1日生 (69歳) 昭・平	(准)組合員との続柄	本人
	現住所	〒600-0000 京都府京都市下京区〇〇町△△番地1 電話番号 075-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

受診医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	京都	都・道 府・県	京都 郡・市

療養期間	入院・外来	平成 21 年 9 月 1 日 から 同月 13 日まで	日数	13 日間
------	-------	------------------------------	----	-------

療養に要した費用	183,000 円	公費負担の有無	有・無
----------	-----------	---------	-----

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて高額療養費を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

平成 21 年 12 月 22 日

(准)組合員氏名 京都 太郎 (印)

上記の高額療養費は、下記の預金口座に振り込み願います。

〇〇 銀行 〇〇 普通 支店 当座 1234567
信用金庫 キョウト タロウ
フリガナ
名義人氏名 京都 太郎

組合記入欄	該当	一般・多数・長期	資格	従来・特定	9割・8割・7割	
	決	費用額	円	一般・前期高齢者・3歳未満		
		保険者負担分	円	上位所得・一般・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ		
	済	一部負担金	円	世帯の所得	旧ただし書所得	円
		支給額	円		確認書類	1. 市町村の発行する所得証明書 2. 住民税の税額通知書 3. 確定申告書(控) 4. 所得税源泉徴収票 5. その他 ()
	理	支払年月日				
	*支給しない理由					
*備考						