

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30年8月分) 高額療養費・医療付加金支給申請書

受 診 者	記号番号	医 04 - 17167	氏名	京都太郎									
	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	生年月日	昭和・平成 60年4月1日生 (33歳)									(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											
受診医療機関名	京都〇〇病院												
療養期間	入院・外来	平成30年8月1日から同月15日まで									日数	15日間	
療養に要した費用	300,000						円	公費負担の有無	有・無				

別紙証拠書類を添えて申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

平成30年10月5日

個人番号 01234567890

(准)組合員氏名

京都太郎



下記の預金口座に振り込み願います。

金融機関コード 0123 支店コード 456

〇〇 銀行 信用金庫 △△ 普通 No. 1234567
支店当座

フリガナ

キョウト タロウ

名義人氏名

京都太郎

組 合 記 入 欄	決	費用額	円	資	組・准・組家・准家	9割・8割・7割
	裁	保険者負担分	円	格	従来・特定	一般・65~69歳・70歳以上・未就学児
	入	高額療養費 支給額	円	世帯の所得	ア・イ・ウ・エ・オ	
		医療付加金支給額	円		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	
	理	一部負担金	円	備	旧ただし書所得	円
	欄	支払年月日		考		
	指定公費	円				
	高額療養費一部負担金 (再掲)	円				