

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。)


申請書記入例

※赤字の部分をご記入ください

事務長	確認	担当

令和6年1月 高額療養費支給申請書

連絡先に変更がある場合は訂正をお願いいたします

(准)組合員	住所	〒600-0000 京都府京都市下京区〇〇町△△番地1	連絡先電話番号	075-〇〇〇〇-〇〇〇〇											
	氏名	京都 太郎 	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

受診者	記号番号	医11-11111	生年月日	昭和〇年〇月〇日											
	氏名	京都 太郎	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

診療を受けた病院、診療所、薬局等の名称 所在地	診療区分	診療を受けた期間 傷病名	支払った額
医療法人 〇〇会 〇〇病院 京都府京都市中京区〇〇町△△番地1	外来	1/10~1/18 診療報酬明細書に記載のとおり	〇〇〇円
医療法人〇〇歯科医院 京都府京都市西京区〇〇町△△番地1	歯科	1/25~1/30 診療報酬明細書に記載のとおり	〇〇〇円
〇〇調剤薬局〇〇店 京都府京都市下京区〇〇町△△番地1	調剤	1/10 診療報酬明細書に記載のとおり	〇〇〇円
高額療養費該当月 (多数該当月)	-		
療養を受けた理由	1. 一般の傷病等 2. 第三者行為による傷病等 3. 業務上の疾病等 4. その他 ()		

診療を受けた期間をご記入ください

振込先金融機関名	預金種別
〇 〇 銀行 信用金庫 農協 ()	〇 〇 本店 普通 支店 当座
口座番号	フリガナ
1234567	キョウト タロウ 京都 太郎

入欄	費	(添付書類) ・領収書のコピー (一部負担金を確認できるもの) ・マイナンバーの確認書類 (別紙参照) 申請書到着日から起算して2年以内に申請されないと、受給権が消滅いたしますのでご注意ください。 記入事項にもれがないかご確認のうえご郵送ください。	8割
	高 額 療 養 費 (①)	ご不明な点につきましては、医師国保事務局まで。 Tel 075-822-3310 FAX 075-822-3344	一般
支 払 年 月 日			

