

課長	調整監	課長補佐	課員	係

野辺地町国民健康保険・高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

課税区分	該当回数	年月診療	その他
		年月診療	
		年月診療	

被保険者証の 記号・番号	野 国	療養を受けた 被保険者の 氏名・ 生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主 との 続柄																																																							
傷 病 名 別紙 診療報酬明細書のとおり																																																											
(A) 療養を受けた病院・ 診療所・薬局などの 名称及び所在地	名 称																																																										
	所在地	(領収書の写し等の添付書類に記載されている場合は、省略できます。)																																																									
(B) (A)の病院などで 療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで	日間																																																									
(C) (B)期間に受けた 療養に対し病院な どへ支払った金額	円 (保険適用額 円)																																																										
備考 [(レセプト点数 × 10円) × 自己負担割合] = 費用額 - 自己負担限度額 = 支給額																																																											
<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1%加算分</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.2</td> <td></td> <td>ア 252,600円 + ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>点 × 10円 × 0.3 =</td> <td></td> <td>円 -</td> <td>イ 140,100円 多数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ウ 167,400円 + ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>エ 93,000円 多数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>オ 80,100円 + ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>カ 44,400円 多数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>キ 57,600円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ク 44,400円 多数</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ケ 35,400円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>コ 24,600円 多数</td> <td></td> </tr> </table>								1%加算分			0.2		ア 252,600円 + ()		点 × 10円 × 0.3 =		円 -	イ 140,100円 多数					ウ 167,400円 + ()					エ 93,000円 多数					オ 80,100円 + ()					カ 44,400円 多数					キ 57,600円					ク 44,400円 多数					ケ 35,400円					コ 24,600円 多数	
			1%加算分																																																								
	0.2		ア 252,600円 + ()																																																								
点 × 10円 × 0.3 =		円 -	イ 140,100円 多数																																																								
			ウ 167,400円 + ()																																																								
			エ 93,000円 多数																																																								
			オ 80,100円 + ()																																																								
			カ 44,400円 多数																																																								
			キ 57,600円																																																								
			ク 44,400円 多数																																																								
			ケ 35,400円																																																								
			コ 24,600円 多数																																																								
自己負担限度額の1%加算分について(小数第一位を四捨五入)																																																											
費用額																																																											
・上位所得者(円-842,000円) × 1% =	ア																																																									
・上位対象者(円-558,000円) × 1% =	イ																																																									
・一般対象者(円-267,000円) × 1% =	ウ																																																									
(平成27年1月1日診療分から)																																																											
払い込み 金融機関	銀行 信用金庫 本・支店	口座 番号	普 当	支給額 円																																																							

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 野辺地町字 _____

世帯主個人番号

世帯主氏名 _____ (印) (TEL _____)

野 辺 地 町 長 宛