

【 年 月診療分】

被保険者記号番号						
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名						
個 人 番 号						
一般・退職		一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	
負 担 割 合						
第三者の加害行為等		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
生 年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
療養を受けた病院 診療所等の名称						
当月中に療養を 受けた期間		自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	
診 療 実 日 数		日間	日間	日間	日間	
入院外来等の区分		入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他	
病院等へ支払った 金 額		(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	
上記のとおり申請します。 (電話番号) 年 月 日 住 所 (宛先) 向日市長 (様方) 世帯主氏名 個人番号						
支払い方法等		1 窓口払 2 口座振込 3 委任払				
受取金融機関の名称		(世帯主名義の口座)		口座種別 (普通・当座・その他)		
				口座名義 (カタカナで記入)		
				口座番号		
※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく高額療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 氏 名 代理人 住 所 氏 名						
国保世帯	上位所得・一般・住民税非課税 区分ア・区分イ・区分ウ・区分エ・区分オ		多数・合算		一部負担金合計額 円	
高 齢 者	現役並み所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ		多数・合算			
費用額	保険者負担額	国保優先公費	他法優先公費	一部負担金	負担限度額	支給額
円	円	円	円	円	円	円

受付者	
-----	--