

課長	課長補佐	係長	係員

64以下 前期 国退
アイウエオ
70 III II I 課 II I

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者 平川
記号・番号

被保険者情報及び病院名等		費用額	病院等に支払った額
一般・退職	氏名	医療機関名	病院・診療所 クリニック・歯科 調剤・薬局
	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢区分 ~64・65~69・70~	入院・外来 日~日
	個人番号(12桁)		() 円 () 円
一般・退職	氏名 <input type="checkbox"/> 上に同じ	医療機関名	病院・診療所 クリニック・歯科 調剤・薬局
	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢区分 ~64・65~69・70~	入院・外来 日~日
	個人番号(12桁)		() 円 () 円
一般・退職	氏名 <input type="checkbox"/> 上に同じ	医療機関名	病院・診療所 クリニック・歯科 調剤・薬局
	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢区分 ~64・65~69・70~	入院・外来 日~日
	個人番号(12桁)		() 円 () 円
一般・退職	氏名 <input type="checkbox"/> 上に同じ	医療機関名	病院・診療所 クリニック・歯科 調剤・薬局
	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢区分 ~64・65~69・70~	入院・外来 日~日
	個人番号(12桁)		() 円 () 円
一般・退職	氏名 <input type="checkbox"/> 上に同じ	医療機関名	病院・診療所 クリニック・歯科 調剤・薬局
	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢区分 ~64・65~69・70~	入院・外来 日~日
	個人番号(12桁)		() 円 () 円
口座振込先 銀行・信用金庫・農協 支店・支所		費用額合計 (a)	合計①
普通・当座 口座番号: 口座名義人:			
上記のとおり申請します。委任状 No.		円	円
		第三者行為 有・無	次ページ(/)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 住 所 平川市

世帯主氏名

個人番号(12桁)

平川市長様

電話番号

申請者は以下に記入しないでください。

所得区分	自己負担限度額 (3回目まで) ②
69歳以下	ア 252,600+(a-842,000)×0.01
	イ 167,400+(a-558,000)×0.01
	ウ 80,100+(a-267,000)×0.01
	エ 57,600
	オ 35,400
70歳以上	現役並みⅢ 252,600+(a-842,000)×0.01
	現役並みⅡ 167,400+(a-558,000)×0.01
	現役並みⅠ 80,100+(a-267,000)×0.01
	一般 18,000 57,600
	低所得Ⅱ 8,000 24,600
	低所得Ⅰ 8,000 15,000

多数該当 ②
140,100
93,000
44,400
24,600

S・H・R 年月日生
債権者番号
第 口座

多数該当 ②
140,100
93,000
44,400

平成30年7月まで
所得区分 自己負担限度額

自己負担限度額②

高額療養費 (①-②) 円