（右の各欄は記入しないで下さい）

決裁	理事長		副理事長		常務理事		事務長		係	
支出科目	款	保険給付費	項	高額療養費	目	高額療養費	節	負担金補助及び交付金		

支給（出）金額	￥	支給回数	回目	前一年の支給状況

支払額算出基礎			
区分	70歳以上	1．一般　2．一定以上所得者（Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ）　3．低所得Ⅱ　4．低所得Ⅰ	
		ア．外来のみ　イ．入院・外来合算	
	70歳未満	1．ア　2．イ　3．ウ　4．エ　5．オ	
		a．単独　b．合算　c．多数　d．合算多数	
点 × 10円 × 0.3／0.2／0.1 － 自己負担限度額 円 ＝ 円			
限度額	ア・Ⅲ　252,600円＋（　－842,000円）×1%＝		
	イ・Ⅱ　167,400円＋（　－558,000円）×1%＝		
	ウ・Ⅰ　80,100円＋（　－267,000円）×1%＝		
	140,100　93,000　57,600　44,400　35,400　24,600　18,000　15,000　8,000		
備考		旧No.	支・ア

受付印

高額療養費支給申請書

被保険者の記号番号	整国	診療年月	令和　年　月診療分

高額療養費該当分の内訳	療養を受けた被保険者及び生年月日	傷病名	保険医療機関名	入院・外来 日数	医療機関で支払った保険負担金額
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円
	昭・平・令　年　月　日			入院・外来 日	円

上記の通り申請し、私が指定する下記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。

年　月　日

組合員（申請人）

住　所

氏　名　　㊞

電　話　（自宅）
（携帯）
（店）

大阪府整容国民健康保険組合　理事長　殿

銀行振込欄	銀行	支店	名義	フリガナ	口座
	ゆうちょ銀行記号 1 □ □ □ 0	口座番号			無
	種別　普通（総合）・当座				