

(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									
		70歳未満	ア. 外来のみ イ. 入院・外来合算									
		1. ア 2. イ 3. ウ 4. エ 5. オ										
		a. 単独 b. 合算 c. 多数 d. 合算多数										
	限度額	$0.3 \times 10円 \times 0.2 - 0.1 \times 10円 = \text{円}$ <small>自己負担限度額</small>										
	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	14,000	12,000	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	平成 令和	年	月	診療分
高額療養費該当の内訳	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				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				日	円
	昭・平・令 年 月 日				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

住所

組合員(申請人) 氏名 (印)

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		フリガナ	口座 無
	ゆうちょ銀行記号	1	0	口座 番号		
	種別	普通(総合)・当座		名義		