

領収書原本返却	有
	無

国保決定待ち	有	高額・療養費・柔整・その他( )
	無	⇒福祉しせ待ち 柔整( 月診)・点数明細なし( 月診)

**老** 高額医療費支給申請書

宇治市長 あて 年 月 日

申請額 円	住所		
	申請者 氏名	続柄 ( )	印
	電話 - -		

上記のとおり 年 月分の高額療養費の支給を申請します。

負担者番号	4	1	2	6	0	0	5	0	2老人								
受給者番号									X	保険者番号							

住所	宇治市	記号番号	
----	-----	------	--

氏名		被保険者名	
----	--	-------	--

性別	1 男・2 女	生年月日	昭和 年 月 日
----	---------	------	----------

高額療養費 (保険外：有 無) (入院：有 無) (世帯合算：有 無)	年	
	年	

内、府外受診 (保険外：有 無)	年	
---------------------	---	--

内、柔整 (保険外：有 無)	年	
-------------------	---	--

2 割 ・ 3 割	新：外来上限 ( A 57,600円 ・ B 14,000円 ・ C 18,000円 ・ D 8,000円 )
-----------	---

一般 ・ 区分Ⅱ ・ 区分Ⅰ	旧：外来上限 ( A 44,400円 ・ B 12,000円 ・ C 8,000円 )
----------------	---

外来 ・ 入院 ・ 世帯合算	新：世帯上限 ( D 80,100円 ・ E 57,600円 ・ F 24,600円 ・ G 15,000円 )
----------------	--

多数回該当 ・ 年間上限	旧：世帯上限 ( D 80,100円 ・ E 44,400円 ・ F 24,600円 ・ G 15,000円 )
--------------	--

合計負担額	円 世帯合算がある場合 ( )
-------	-----------------

支給方法 1. 口座 下記金融機関へ振り込んでください。

銀行	本店	普通・当座	口座番号	カガナ	口座名義
信用金庫	支店				
農協	出張所				