

決	理事長	専務理事	事務長	事務次長	主任	会計	給付	資格	受 付
裁	下記金額を支給決定してよろしいか 金 円也								

高額療養費支給申請書 (令和 年 月診療分)

被保険者記号・番号	衣 一	資格 取得日	昭平令 年 月 日																				
療養を受けた 被保険者氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">個人番号</div> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					生年 月 日	昭平令 年 月 日
上記の者の被保険者区分	一号世帯主 家 族 • 二号世帯主 家 族 • 三号世帯主 家 族																						
傷 病 名																							
療 養 期 間	区 分	令和 年 月 日	日間																				
	入 院																						
	外 来	令和 年 月 日																					
療養を受けた病院・ 診療所の名称及び所在地	名 称																						
	所在地																						
上記期間に受けた療養に対し支払った額	¥																						
診療のさい 公費負担がありましたか	あ る ・ な い																						
上記の通り別紙領収書を添えて申請します 令和 年 月 日 世帯主の住所 氏名 ㊟ 京都府衣料国民健康保険組合理事長 殿 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																							

振込先は原則として保険料の引落口座とさせていただきますので ご了承下さい。

下記口座へ振込みをお願いします 世帯主氏名 _____ ㊟			
組合員世帯で保険料引落口座以外の時はご記入下さい。 又、2・3号世帯の方は世帯主の預金口座をご記入下さい。			
振 込 銀 行	銀行・信用金庫	支 店 名	支店
口 座 番 号	普・当	フリガナ	
		名 義 人	

組合 使用 欄	所得 資料 確認	2回目以降世帯構成員異動 有・無			備 考
		資料番号	区 分	確認者印	
		低所得者 一般 上位所得者	70歳以上 低I・II 70歳以上 一般 70歳以上一定以上所得者		

決	理事長	専務理事	事務長	事務次長	主任	会計	給付	資格	受	付
裁	下記金額を支給決定してよろしいか									
	金									円也

高額療養費支給申請書

(令和 2年 1月診療分)

被保険者記号・番号		衣 191 - 0123101				資格取得日	昭平令 3年 1月 1日						
療養を受けた被保険者氏名	衣料 花子				生年月日	昭平令 50年10月 8日							
上記の者の被保険者区分		個人番号											
該当箇所に○をする		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
傷病名		一号世帯主 家族						二号世帯主 家族	三号世帯主 家族				
療養期間	区分	記入しないで下さい										日間	
	入院												
	外来												
療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	名称												
	所在地												
上記期間に受けた療養に対し支払った額													
診療のさい 公費負担がありましたか													

申請日 上記の通り別紙領収書を添えて申請します

令和 年 月 日

世帯主の住所 京都市〇〇区△△町□□番地

氏名 衣料 太郎

京都府衣料国民健康保険組合理事長 殿

個人番号

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

押印

振込先は原則として保険料の引落口座とさせていただきますので ご了承下さい。

下記口座へ振込みをお願いします

世帯主氏名 衣料 太郎

組合員世帯で保険料引落口座以外の時はご記入下さい。又、2・3号世帯の方は世帯主の預金口座をご記入下さい。

振込銀行	〇 〇 銀行・信用金庫	支店名	〇 〇 支店
口座番号	普・当 1234567	フリガナ	イリョウ タロウ
		名義人	衣料 太郎

組合使用欄	所得資料確認	2回目以降世帯構成員異動 有・無		確認者印	備考
		資料番号	区 分		
		低所得者 一般 上位所得者	70歳以上 低I・II 70歳以上 一般 70歳以上一定以上所得者		

