

決	理事長	専務理事	事務長	事務長補佐	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	個人番号		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						

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		確 認 者 印	備 考
		資料番号	区 分		
			低所得者 70歳以上 低I・II 一般 70歳以上 一般 上位所得者 70歳以上一定以上所得者		

決	理事長	専務理事	事務長	事務長補佐	主任	会計	給付	資格	受	付
				見		本				
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						
		個人番号											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
上記の者の被保険者区分		該当箇所に○をする		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	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 押印
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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 押印

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
どちらかに○をする		フリガナ	イリョウ タロウ
口座番号	普・当 1234567	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	70歳以上 低I・II		
		一般	70歳以上 一般		
		上位所得者	70歳以上一定以上所得者		