

高額療養費申請書

区分	一般・退職・混合
----	----------

年 月 診療分〔 回目〕

申請日 令和 年 月 日

世帯主

住所 芦屋町

氏名

代理人

印

印

続柄

※自署の場合、押印不要

電話 () -

下記のとおり申請します。

記号番号 067-

高額算定基礎	①氏名	②氏名	③氏名
氏名・個人番号	個人番号	個人番号	個人番号
年齢・性別	歳 男・女	歳 男・女	歳 男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	一般・退職本人・退職家族	一般・退職本人・退職家族	一般・退職本人・退職家族
療養を受けた病院の名称			
診療所等の所在地			
第三者行為	有・無	有・無	有・無
入院・外来・交通事故の区分	入院・外来・交通事故	入院・外来・交通事故	入院・外来・交通事故
病院等で支払った金額	円	円	円

自己負担限度額	所得区分		3回まで	4回以上
	上位	ア	252,600円+[医療費()円-842,000円]×0.01= 円	140,100円
	イ	167,400円+[医療費()円-558,000円]×0.01= 円	93,000円	
一般	ウ	80,100円+[医療費()円-267,000円]×0.01= 円	44,400円	
	エ	57,600円		
非課税	オ	35,400円	24,600円	

No.	療養に要した費用額 A	一部負担金 (A×30%) B	公費費用徴収額 C	支給決定額 B+C-()=D	高額療養費高貸付額 E
	1				
2					円
3					月 日
4					納税係確認 済
5					第三者行為
6					有・無
7					税充当 / 本人返還
8					
9					
計					差引支給額 D-E 円

名 義 人	銀 行 名	支 店 名	口座の種類	口 座 番 号
ワリガナ	銀行	本店	普	
	農協	支店	・	
	信用金庫	出張所	当	