

高額療養費申請書（前期高齢者）

申請日 令和 年 月 日

7割・8割・9割
(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ)

年 月診療分〔 回目〕

世帯主

住所 芦屋町

氏名 _____ 印

代理人 _____ 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 昭・平・令 年 月 日	歳 男・女 昭・平・令 年 月 日	歳 男・女 昭・平・令 年 月 日
生年月日	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

所得区分	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み 自己負担限度額		
Ⅲ:課税所得690万円以上	252,600円+[医療費()-842,000円]×0.01=	(4回目以降140,100円)
Ⅱ:課税所得380万円以上	167,400円+[医療費()-558,000円]×0.01=	(4回目以降93,000円)
Ⅰ:課税所得145万円以上	80,100円+[医療費()-267,000円]×0.01=	(4回目以降44,400円)
一般	18,000円 (年間上限 144,000円)	57,600円 (4回目以降44,400円)
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円

No.	療養に要した費用額 A	一部負担金 (A×10%・20%・30%) B	公費費用徴収額 C	支給決定額 B+C-() D	高額療養費貸付額 E
1					有・無
2					円
3					月 日
4					納税係確認 済
5					第三者行為
6					有・無
7					
8					税充当 / 本人返還
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
フリガナ	銀行	本店	普	
	農協	支店	・	
	信用金庫	出張所	当	