

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇



## 高額療養費（外来年間合算）の支給について

標記の件につきまして、あなたの世帯は下記のとおり高額療養費（外来年間合算）制度の支給対象となっていますのでお知らせします。

支給を受けるためには申請が必要です。支給申請の手続きを行ってください。

なお、申請が遅れますと、支給ができなくなる場合がありますのでご注意ください。

被保険者記号・番号		世帯主氏名	
-----------	--	-------	--

計算対象期間	～	
--------	---	--

被保険者氏名	計算対象期間中の自己負担額の合計額	支給額（見込）
計		

*お持ちいただくもの	1. 当通知書      2. 被保険者証 3. 計算期間中に他保険に加入していた場合、該当期間内の自己負担額証明書 4. 同一世帯以外の代理人の受領の場合、委任状 ＜ご注意＞ 上記のうち、ひとつでも不足していると申請できない場合があります。
	高額医療・高額介護合算療養費の請求権は、この通知が届いた日の翌日から起算して2年以内に請求しなければ消滅します
備考	

※被保険者記号・番号は、計算対象期間の末日時点の情報を表示しています。

※対象となる被保険者は、計算対象期間の末日の世帯主と世帯員、および計算対象期間において世帯主または世帯員が世帯主であった期間の元世帯員です。

※医療保険に加入していない期間は、計算対象期間であっても対象から除きます。

※計算対象期間中の自己負担額の合計額は、所得区分が一般または低所得である外来レセプトの自己負担額の合計から月間の高額療養費における外来療養に係る支給額を控除した額を集計しています。なお、月間の高額療養費が未申請または未支給であっても支給されたものとみなして控除額に含めて計算しています。

※支給額（見込）は、個人毎の計算対象期間中の自己負担額の合計額から外来年間限度額を控除した額の計です。

※計算対象期間に、加入する保険が変更となった方、または市区町村の区域を越えて転居された方は、変更前の保険または転居元の保険でも支給対象となっている場合があります。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000