

高額療養費（外来年間合算） 支給額計算結果連絡票

| | | | |
|------------------|---|--------|--|
| フリガナ | | | |
| 対象者氏名 | | | |
| 生年月日 | | | |
| 自己負担額証明書整理番号 | | | |
| 保険者番号 | | 被保険者記号 | |
| 被保険者番号 | | 対象年度 | |
| 計算対象期間 | ～ | | |
| 自己負担額 | 円 | | |
| 所得区分 | | | |
| 高額療養費（外来年間合算）上限額 | 円 | | |
| 支給総額 | 円 | | |
| 按分後の支給額 | 円 | | |
| 備考 | | | |

| | | | |
|--------------|-------|------------------|----|
| 000-0000 | (所在地) | 〇〇市 1 丁目 2 番 3 号 | |
| | | <u>〇〇市 国保課</u> | 御中 |
| 左記のとおり連絡します。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 000-0000 | | | |
| (所在地) | | 〇〇市 1 丁目 2 番 3 号 | |
| | | 〇〇 | 〇〇 |

〈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

連絡票整理番号 ()

【計算結果の内訳】

| 保険者名 | 自己負担額証明書 整理番号 | 対象者氏名 | 負担額 | 按分率 | 支給額 |
|------|------------------|-------|-----|-----|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 計 | | | | | |

