

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) ○○市 1 丁目 2 番 3 号

○ ○ 市 国保課 御中

左記のとおり連絡します。

年 月 日

000-0000

(所在地) ○○市 1 丁目 2 番 3 号

○ ○ ○ ○

〈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<br>整理番号 | 対象者氏名 | 負担額 | 按分率 | 支給額 |
|------|------------------|-------|-----|-----|-----|
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
|      |                  |       |     |     |     |
| 計    |                  |       |     |     |     |

