

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

## 国民健康保険高額療養費の支給申請について

標記の件につきまして、あなたの世帯の下記年月における医療費の自己負担額が、高額療養費の支給対象と思われますので、支給申請の手続きを行ってください。

なお、請求が遅れますと、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

診療年月	療養を受けた 被保険者氏名	医療機関名	入外

支給額	既支給額	貸付額	差引支払額
円	円	円	円

- \*お持ち戴くもの
1. 当通知書
  2. 被保険者証（保険手帳）
  3. 当該月の病院の領収証
  4. 同一世帯以外の代理人の受領の場合
  5. 委任状

<御注意> 上記のうち、ひとつでも忘れずと支払できません。

\*支払日 年 月 日 [指定日時に来庁できない場合は  
午前9時 ～ 午前11時30分迄 以降毎週木曜日（同時間内において）]

\*高額療養費の請求権は、診療月の翌月から2年以内に請求しなければ消滅します。

問合せ先  
〒000-0000  
〇〇市1丁目2番3号 〇〇課  
電話番号：000-000-0000