

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

○ ○ ○ ○

問合せ先

7000-0000

〇〇市1丁目2番3号 〇〇課

電話番号：000-000-0000

連絡票整理番号 ()

【計算結果の内訳】

[illegible]