

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

高額医療・高額介護合算療養費の支給について

標記の件につきまして、あなたの世帯の下記の期間における医療費の自己負担額が、高額医療・高額介護合算療養費の支給対象となるため、支給申請の手続きを行ってください。その際、高額療養費（外来年間合算）に該当し、申請されていない場合は、本支給申請をする前に高額療養費（外来年間合算）の支給申請をしてください。

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		被保険者氏名	
計算対象期間	年 月 ～ 年 月		
支給見込額処理開始年月日	年 月 日	支給見込額計算年月日	年 月 日
支給見込額	円		
*お持ち戴くもの	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			

000-0000

(所在地) 〇〇市1丁目2番3号

〇〇 〇〇

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