

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】

[illegible]