

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 整理番号	対象者氏名	負担額	按分率	支給額
計					

