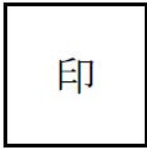


窓空宛名

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇



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なるため、申請されることで支給を受けることができます。

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	医療機関等名	費用額	自己負担額	入外

支給予定額	既支給額	貸付額	差引支払予定額
円	円	円	円

※所得更正等により実際に支給される額が変更となる場合があります。

- ※お持ちいただくもの
- 1. 当通知書
  - 2. 当該月の医療機関の領収証
  - 3. 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。

※高額療養費の請求権は診療月の翌月 1 日から 2 年以内、もしくは本通知を受け取ってから 2 年以内に請求しなければ消滅します。

〈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