

水巻町長 殿

以下のとおり申請します。なお、支給決定時に滞納税がある場合、高額療養費支給額を滞納税へ充当することを了承します。

申請年月日 年 月 日 (年 月診療分)

住所 水巻町

個人番号 世帯主氏名 印

Tel ~

第三者行為（交通事故等）の有無 有 ・ 無

療養を受けた者の氏名、生年月日、性別	氏名 S・H・R 年 月 日	男 女	氏名 S・H・R 年 月 日	男 女	氏名 S・H・R 年 月 日	男 女
病院・診療所等の名称						
病院等で支払った金額、入院、外来、調剤	①	入院 外来 調剤	④	入院 外来 調剤	⑦	入院 外来 調剤
病院・診療所等の名称						
病院等で支払った金額 入院、外来、調剤	②	入院 外来 調剤	⑤	入院 外来 調剤	⑧	入院 外来 調剤
病院・診療所等の名称						
病院等で支払った金額 入院、外来、調剤	③	入院 外来 調剤	⑥	入院 外来 調剤	⑨	入院 外来 調剤

課税状況	<input type="checkbox"/> (ア) 901万円超	<input type="checkbox"/> (イ) 600万円超～901万円以下
	<input type="checkbox"/> (ウ) 210万円超～600万円以下	<input type="checkbox"/> (エ) 210万円以下 <input type="checkbox"/> (オ) 非課税

前高	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	過去1年間の支給回数	<input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 3回まで
----	---	------------	---

高額療養費算定基礎	療養に要した費用額 A	一部負担金 (A×0.3) B	公費費用額徴収額 C	加算額 D	高額療養費支給決定額 Bor (b) - C - D
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
	⑥				
	⑦				
	⑧				
	⑨				
	⑩				
備考					

