年　　月　　日

川越市長　宛

高額療養費・附加給付金の支給状況等について

記号・番号			
被保険者氏名		被保険者生年月日	
対象者氏名		対象者生年月日	
対象年月		医療機関名	

申請状況	申請あり　・　申請なし	所得区分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ
多数該当	該当　・　非該当		
診療点数	点	標準報酬月額	万円
高額療養費支給額（又は見込額）	円		
附加給付金支給額（又は見込額）	円	自己負担額	円

※支給額（又は見込額）については、被保険者から申請があった場合に支給するのであれば、その額を記載してください。

【世帯合算有の場合は、その内訳】

	対象者	診療点数	自己負担額	医療機関名
内訳		点	円	
		点	円	
		点	円	
		点	円	
備考				

健康保険組合名

担当者

連絡先

（こども未来部こども政策課）