

年 月 日

川越市長 宛

高額療養費・附加給付金の支給状況について

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 標準報酬月額83万円以上 (252,600円 + α) ☐ イ 標準報酬月額53万～79万円 (167,400円 + α) ☐ ウ 標準報酬月額28万～50万円 (80,100円 + α) ☐ エ 標準報酬月額26万円以下 (57,600円) ☐ オ 低所得 (35,400円)
多数該当	該当 ・ 非該当		
診療点数	点		
高額療養費支給額	円		
附加給付金支給額	円	自己負担額	円

※世帯合算有の場合は、その内訳

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

健康保険組合名

担当者

連絡先