



高齢者（国保前期高齢者（70歳以上・後期高齢者）
高額受領委任払承認兼支給申請書

（○をつけて下さい）

平成 22 年 6 月診療（外来）

医療・薬局機関コード 1 2 3 4 5 6 7 科別 内科

①医 2歯 3調	①国保 3後期		8高外一 ⑥高外7
----------------	------------	--	--------------

新潟市 長様

平成22年 6月25日 下記のとおり申請します。

保険者番号		給付割合
1 5 0 0 1 1		9・8・⑦
被保険者証 記号・番号	あああああ 1 1 1 1 1	

私（申請者）は、一部負担金から「自己負担限度額」を控除した金額の受領の権限を下記の受任
保険医療機関及び保険薬局に委任します。

また、「自己負担限度額」について、市町村及び国民健康保険組合、新潟県後期高齢者医療広域連
合に確認等することを承諾します。

ふりがな ニイガタ テスト	性別	生年月日
受診者氏名 （申請者） 新潟 テスト 印	①男 2女	1明・2大・③昭 12年 5月 5日生
前期高齢者の方の 世帯主（申請者）名 新潟 テスト 印	前期高齢者の申請者は世帯主となります。 前期高齢者の方のみご記入ください。	
申請者の住所・電話	住所 新潟県新潟市北区細山99-9	電話番号 111-222-3333

* 自己負担限度額（○をつけて下さい。）

外来 個人 単位	⑧0 非課税世帯I 8,000円	82 非課税世帯II 8,000円	84 課税世帯（一般） 12,000円	86 課税世帯（現役並み所得者） 44,400円	00 免除 0円	②1 高半 1/2
----------------	---------------------	----------------------	------------------------	-----------------------------	-------------	--------------

平成 年 月 日上記の申請について同意します

受任保険医療機関 及び保険薬局名 住所・開設者名	東京都文京区本駒込2-28-16 医療法人 オルカ医院 オルカ 印	電話番号 03-3946-0001
傷病名・療養期間	レセプトのとおり。	
レセプト請求点数 高額受領委任額	請求点数 ① 13,070 点	決定点数 ② 国保連が記入します。 点
	受領委任額 ③ ①×一部負担割合×10円-自己負担限度額 35,210 円	

（市町村・国保組合・広域連合用） 高額医療費受領委任払承認伺

上記の申請について承認し、受領委任額③を支給して よいか伺います。（点数異動がある場合は下記による。）		承認番号	承認年月日	年 月 日
費用額 ①+②	保険者負担分 ①	一部負担金 計 ②		備考・担当者印等
		被保険者負担額	受領委任額	
円	円	円	円	円
世帯単位 入院含む （世帯 合算）	81 非課税世帯I 15,000円 83 非課税世帯II 24,600円 85 課税世帯（一般） 44,400円	課税世帯（現役並み所得者） 87 多数該当 44,400円 88 世帯合算 80,100円 +（医療費 -267,000円）×1% 円		

●日本工業規格A列4番・白地、印刷は黒色（平成21年1月1日から適用）

●本申請書に記入いただいた個人情報は、高額受療委任払制度の支払に関する以外利用しません。