

令和 年 月 日 までに提出

(令和 年 月診療分第 回発行)

国民健康保険一部負担金
未払残高請求書
(高額療養費資金貸付申請用)

患者の氏名		被保険者証 記号番号
		糸国
診療期間	令和 年 月 日から (日間) 令和 年 月 日まで	
入院・入院外	入院 ・ 入院外	
保険診療費合計額 A	一部負担金未払残高請求額 ($A \times 0.3 - \text{高額療養費限度額}$)	
円	円	

※ 公費負担がある場合は計算式が異なりますので、この請求書を記入する前に糸満市役所までご連絡ください。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医療機関

住所

名称

印

※1 保険診療費合計額には差額室料、附添看護料等は含まれません。

※2 この請求書は高額療養費貸付申請の添付書類となりますので、貸付申請時に必ず提出してください。