

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号		診療年月		平・令 年 月	
療養を受けた方①	氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日
			療養を受けた方の個人番号		
	傷病名		療養を受けた期間		月 日から 月 日まで
	入院・外来・調剤・その他		病院の名称		病院の所在地
自己負担額		円	保険点数		
療養を受けた方②	氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日
			療養を受けた方の個人番号		
	傷病名		療養を受けた期間		月 日から 月 日まで
	入院・外来・調剤・その他		病院の名称		病院の所在地
自己負担額		円	保険点数		
療養を受けた方③	氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日
			療養を受けた方の個人番号		
	傷病名		療養を受けた期間		月 日から 月 日まで
	入院・外来・調剤・その他		病院の名称		病院の所在地
自己負担額		円	保険点数		
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 _____ 支部確認欄 <table border="1" style="width: 100px; height: 50px; display: inline-table;"></table> 組合員 氏名 _____ 印 個人番号(組合員) _____ 電話(日中連絡先) _____ 建設連合国民健康保険組合殿					
振込先金融機関		銀行	銀行 信組 信金 農協	本店 支店 出張所	預金種類
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください)		ゆうちょ銀行	記号	番号(右につめて記入してください)	
		1 普通・総合		番号(右につめて記入してください)	
口座名義(カナ)					
本部決裁欄	区分	ア・イ・ウ・エ・オ		単独・合算の別	単独 合算
	備考	現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		多数該当	有(回目) 無
	※右のとおり決定してよろしいか		支給	不支給	支給決定額

本 部
受 付 印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支 部
受 付 印