様式第１５号

国民健康保険高額療養費支給申請書

※個人番号（マイナンバーのことです。）は、マイナンバーカード・通知カード等を見ながら12ケタの数字を記入してください。

組合員が記入する欄

被保険者記号・番号			診療年月	令和　　年　　月		負傷(ケガ)の有無	有 ・ 無
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

組合員　氏名　　印

※自署の場合は押印省略可

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・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください）	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類	1 普通・総合 2 当座	番号（右につめて記入してください）
	ゆうちょ銀行	記号	番号（右につめて記入してください）			
口座名義（カナ）						

本部決裁欄	区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	単独・合算の別	単独 合算	多数該当	有（　　回目） 無	
	備考						
	※右のとおり決定してよろしいか		支給　不支給	支給決定額			円

◇負傷（ケガ）が有の場合は、負傷原因報告書（様式第20号）を提出してください。

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

本部控