

国民健康保険高額療養費支給申請書

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

被保険者証記号番号		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	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	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	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 _____ 建設連合国民健康保険組合殿								支部確認欄 _____ _____	
組合員 氏名		印		個人番号(組合員)		_____			
※自署の場合は押印省略可								電話(日中連絡先) _____	
振込先金融機関		銀行	銀行 信金 農協	信組 労金	本店 支店 出張所	預金種類	1 普通・総合	番号(右につめて記入してください)	
(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)					
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	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		

本部
受付印

事務局長	事務局長次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印