

# 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	信組	本店	預金種類	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)		銀行	信金	支店	1 普通・総合				
		ゆうちょ	農協	出張所	2 当座				
		記号	番号(右につめて記入してください)						
		銀行							
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	多数	有(回目)	
		現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ				合算	該当	無	
	備考	※右のとおり決定してよろしいか							円
		支給	不支給	支給決定額					

本部  
受付印

事務局長	事務局長次	課長	担当者	支部長

支部  
受付印