

国民健康保険高額療養費支給申請書

決裁	常務理事	事務長	係

* 下記太枠内を記入してください

* 領収書のコピーを添付してください

(R 年 月 診療分)

記入

①被保険者証の記号番号	(記号)	(番号)	②療養を受けた方の氏名		③組合員との続柄
	芸		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
④ 傷 病 名					
⑤療養を受けた病院・薬局等の名称及び所在地			名称	所在地	
⑥⑤の病院等で療養を受けた期間			入 院	年 月 日から	日間
			外 来	同月 日まで	
⑥⑤の病院等で療養を受けた期間			入 院	年 月 日から	日間
			外 来	同月 日まで	
⑦⑥の期間に受けた療養に対し病院へ支払った保険診療分の金額			(保険診療分) ¥		
⑧療養費につき公費負担がありますか(ありましたか)			ある ・ ない		
⑨ 第三者による加害行為(交通事故等)の有無			ある ・ ない		
←※どちらかに必ず○を付けてください					
上記のとおり申請します。					
年 月 日 組合員住所					
組合員氏名 (印)					
理 事 長 殿 電話 ()					

※組合員とは…事業主のことです。従業員の申請の場合はご注意ください。

裏面の口座振込指定欄を必ず記入してください



$$80,100 + (\quad - 267,000) \times 0.01 = \text{自己負担}$$

一般

$$\text{医療費3割} - \text{自己負担} = \text{支給金額}$$

多数・合算

決裁	支給金額	円
	支給決定日	令和 年 月 日

（
R
年
月
診
療
分）

①被保険者証 の記号番号	(記号)	(番号)	②療養を受けた 方の氏名		③組合員と の続柄
	芸		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
④ 傷 病 名					
⑤療養を受けた病院・薬局等の 名称及び所在地			名称 所在地		
⑥⑤の病院等で療養を受けた期間			入 院	年 月 日から	日間
			外 来	同月 日まで	
⑦⑥の期間に受けた療養に対し 病院へ支払った保険診療分の金額			(保険診療分) ¥		

* 下記の口座振込指定欄 ①・②いずれかを必ず記入、該当するものに○をしてください
組合員（事業主）以外の口座に振込む場合は委任の欄を記入・捺印してください

記
入

口座 振 込 指 定 欄	① 給付金の受領は下記の通りお振込みください。 店番/記号 (銀行) () (普) 口座番号 <input type="text"/> (信金) 支店 (当) (右づめ)	
	フリガナ	<お願い> ※口座があればゆうちょ銀行 を指定に
② マイナンバーカードに登録した公金受取口座へ振込むことを希望する → はい・いいえ ※ マイナンバーカードに公金受取口座を登録されていない方は、 必ず①へ口座を記入してください		
委任 の 欄	この欄は給付金の受領 を申請者(組合員) 以外の口座に振り込む ときだけ記入をして ください。	申請の給付金の受領を () に委任します。 年 月 日 組合員氏名 (印)

組合員とは…事業主のことです。従業員の申請の場合はご注意ください

③組合員の個人番号（マイナンバー）	<input type="text"/>
療養を受けた方の個人番号(マイナンバー) 該当者	様
療養を受けた方の個人番号(マイナンバー) 該当者	様