

支給決定命令	理事長	専務理事	事務長	課長	担当者

事務局 記入欄	債主	記号	職	番号	枝番	氏名	資格	取得	・	・	
	支給金額							(食事療養費)	喪失	・	・
	円							円	保険料	月分迄 収納済	
	高額区分	一般 多数 合算	被保険者区分	高年齢	所得区分	現役並()	一般	低II	低I	備考	
	多数合算	一般	一般		ア 901万円超	イ 600万円超～ 901万円以下	ウ 210万円超～ 600万円以下	エ 210万円以下	オ 非課税	<input type="checkbox"/> 年 月診療分より <input type="checkbox"/> 限度額認定証より <input type="checkbox"/> レセプト限度額より (所得確認済) <input type="checkbox"/> 所得または台帳別添	

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

① 療養を受けた被保険者	被保険者 記号番号	記号	職	番号	枝番
	氏名			組合員との 続柄	
	生年月日	S・H・R	年	月	日
	個人番号				
② 傷病名					
③ 第三者行為による療養費はありますか(ありましたか)	ある ・ ない ※ この申請の対象となる受診および調剤が、仕事中の傷病または交通事故等の第三者行為による傷病であれば「ある」、なければ「ない」に○をしてください。				
④ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地 ※「名称」は申請に該当する病院、薬局等を全て記入してください。	名称				
	所在地				
⑤ ④の病院等で療養を受けた期間	入院	日	～	日 (日間)	外来
		日	～	日 (日間)	
⑥ ⑤の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	※記入不要 ※提出された領収書・支払証明書を元に事務局で確認いたしますので、必ず漏れなく提出してください。				
⑦ 診療費につき公費負担がありますか(ありましたか)	ある ・ ない				
<p>上記のとおり支給方を申請します。 なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込みください。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>京都府建設業職別連合国民健康保険組合</p> <p style="text-align: center;">理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 _____ 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ 電話番号 _____</p>					
<p>上記の申請は適正なものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">名称 _____ 所属支部 _____ 支部長 _____ (印)</p>					
組合員 口座	金融機関名	銀行・信用金庫			店
	フリガナ	※ できる限り京都銀行でお願いします			普通 ・ 当座
	口座名義人	口座番号			