

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分 / - )

国民健康保険法第57条の2に基づく保険請求

① 被保険者証の 記号番号	90 -												
② 療養を受けた 被保険者名											組 家	合 員 族	前 期 高 齢 者 見 未 就 学
③ 個人番号 (マイナンバー)											④ 傷病名		
⑤ 療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称												
	所 在 地												
⑥ 療養を受けた 期間	年 月 日から					日まで					⑦ 支払った額		円
⑧ 療養を受けた 被保険者名											組 家	合 員 族	前 期 高 齢 者 見 未 就 学
⑨ 個人番号 (マイナンバー)											⑩ 傷病名		
⑪ 療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称												
	所 在 地												
⑫ 療養を受けた 期間	年 月 日から					日まで					⑬ 支払った額		円

⑭ 今回申請の診療年月以前の12か月以内に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月

年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分
---------	---------	---------

所得区分 (70歳未満)	上位ア	(前期高齢者)	現役並み	上記のとおり申請いたします。		中央建設国民健康保険組合理事長 殿
	上位イ		一般	年 月 日	個人番号(マイナンバー)	
	一般ウ		低Ⅱ	組合員	住所	
	一般エ		低Ⅰ	(申請人)	氏名	印
	低所得オ					

※身元確認	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所 ( )	※印欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。	
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人 ( )		
	添付書類	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証		

前期高齢者(個人単位) 円 / 前期高齢者(世帯単位) 円 / 国保世帯単位 円

支給決定額	合 長 公 多 差 療											
	高額療養費	円										取扱者
	償 還 金	円										
	本部受理	年 月 日										

支 部 長	取 扱 者	出 張 所 長
支部受理		
年 月 日		

(本部用)