

国民健康保険高額療養費支給申請書

(28年 9月診療分 / 1 - 1)

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 -	1	3	9	2	2	0	5	0					
②療養を受けた 被保険者名	中建 和男						組 家	合 員 族	前 期 高 齢 者	未 就 学 児				
③個人番号 (マイナンバー)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	④傷病名	肝癌		
⑤療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称	〇〇大学医学部附属病院												
	所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1												
⑥療養を受けた 期間	28年 9月 1日から10日まで						⑦支払った額	27,600円						
⑧療養を受けた 被保険者名	中建 和男						組 家	合 員 族	前 期 高 齢 者	未 就 学 児				
⑨個人番号 (マイナンバー)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	⑩傷病名	肝癌		
⑪療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名 称	△△調剤薬局												
	所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇1-2-1												
⑫療養を受けた 期間	28年 9月 1日から10日まで						⑬支払った額	3,260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

28年 3月診療分	28年 4月診療分	28年 5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	28年 12月 1日	個人番号(マイナンバー)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	一般ウ		低Ⅱ	組合員 (申請人)	住所	〇〇県〇〇市〇〇										
	一般エ		低Ⅰ		氏名	中建 和男										
	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						円	取 扱 者
	高額療養費						円	
	償 還 金							
本部受理						年 月 日		

支 部 長	取 扱 者	出 張 所 長
支 部 受 理	年 月 日	

(本部署用)