

# 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	1	3	0	2
②療養を受けた被保険者名	中建 和男							組合員 家族	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	○○大学医学部附属病院							
	所在地	○○県○○市○○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							組合員 家族	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	○○県○○市○○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	○○県○○市○○
	一般エ		低Ⅰ	氏名	中建 和男	
	低所得才					

※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
	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		

(本都用)