

※赤字の部分にご記入下さい。

様式第15号

保険証の上部に記載
されております。

国民健康保険高額療養費支給申請書

療養を受けた方①	被保険者証記号番号	25000000	診療年月	平成	年	月			
	氏名	建設 花子		生年月日	昭・平	50年 10月 10日			
	傷病名	療養を受けた方のお名前 をご記入ください。		療養を受けた期間	月	日から			
	病院の名称	療養を受けた方のお名前 をご記入ください。		療養を受けた期間	月	日まで			
自己負担額	円	保険点数	通知カード等をご覧の上、療養を受けた方の マイナンバーを正確にご記入ください。						
療養を受けた方②	氏名			生年月日	昭・平	年 月 日			
	傷病名			療養を受けた期間	月	日から			
	病院の名称			療養を受けた期間	月	日まで			
	自己負担額	円	保険点数	入院・外来・調剤・その他					
療養を受けた方③	氏名			生年月日	昭・平	年 月 日			
	傷病名			療養を受けた期間	月	日から			
	病院の名称			療養を受けた期間	月	日まで			
	自己負担額	円	保険点数	入院・外来・調剤・その他					
組合員が記入する欄	上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。								
	平成	28年	●月	×日	支部確認欄				
	住所	大分市〇〇町123番地の4							
	組合員 氏名	建設 太郎		認印	個人番号(組合員)				
電話(日中連絡先)	097-500-0000				通知カード等をご覧の上、組合員 さまの個人番号をご記入ください。				
建設連合国民健康保険組合殿									
振込先金融機関	銀行	〇×	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類	① 普通・総合 ② 当座			
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください)	銀行	記号	番号(右につめて記入してください)	番号(右につめて記入してください)	0 1 2 3 4 5 6 7				
口座名義(カナ)	ケン セツ タロウ								
本部決裁欄	区分	ア・イ・ウ・エ・ 現役並み・一般・低Ⅱ			組合員ご本人さま名義の口座番号 をご記入ください。	数当	有(回目)	貸付の有無	有無
	備考								
※右のとおり決定してよろしいか				支給	不支給	支給決定額	円		

本部
受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印

本部控