

★入院・外来・調剤は別々に記入してください。

記入例

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号	2899999		診療年月	平・令 〇〇年 Δ月	
療養を受けた方①	氏名	建設 太郎		生年月日	昭・平・令 〇〇年 Δ月 ×日
	傷病名	〇〇××	療養を受けた期間	〇月〇日から ×月×日まで	入院・外来・調剤・その他
	病院の名称	〇×病院	病院の所在地	〇〇〇〇〇	
	自己負担額	100,000 円	保険点数		
	療養を受けた方の個人番号	〇〇××ΔΔ〇〇××ΔΔ			
療養を受けた方②	氏名	建設 花子		生年月日	昭・平・令 〇〇年 Δ月 ×日
	傷病名	〇〇××	療養を受けた期間	〇月〇日から ×月×日まで	入院 外来・調剤・その他
	病院の名称	Δ×病院	病院の所在地	ΔΔΔΔΔ	
	自己負担額	21,000 円	保険点数		
	療養を受けた方の個人番号	ΔΔ〇〇××ΔΔ〇〇××			
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		令和	〇年 ××月 ΔΔ日	
			(〒 604 - 8162)		
	住所		京都府京都市中京区烏丸通六角下ル第 11 長谷ビル		
組合員 氏名	建設 太郎		個人番号 (組合員)	〇〇××ΔΔ〇〇××ΔΔ	
	電話(日中連絡先)		075-211-5844		
建設連合国民健康保険組合殿					
振込先金融機関	銀行	〇Δ	銀行 信金 農協	〇×	本店 支店 出張所
	ゆうちょ銀行		記号	番号(右につめて記入してください)	1 普通・総合 2 当座
口座名義(カナ)	ケンセツ タロウ				
番号(右につめて記入してください) 123456					

※赤字の部分を記入してください。

※同じ世帯の方で同月に世帯合算がある場合は、合わせてご記入ください。

医療機関で保険証を使用して支払った額のうち、保険診療分についてののみ記入してください。

対象の方のマイナンバー通知カード、もしくは個人番号カードに記載されている数字12桁をご記入ください。

組合員のマイナンバー通知カード、もしくは個人番号カードに記載されている数字12桁をご記入ください。

組合員の署名・捺印してください。

振込先口座をどちらか1つ記入してください。記載事項に誤りがあると振り込みできませんので正確に記入してください。

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

《申請をするときの注意》
 申請には必要な書類があります。詳しい手続きは、書類を提出する前に京都府支部にお問い合わせください。
 ☎075-211-5844