

| | | | | | | | | |
|---------|------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|--------|-------|--------|
| 決 裁 長 | 理事 長 | 常務 理事 | 事務 局長 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 担 当 者 | |
| 支出費目 款 | 保険給付費 項 | 高額療養費 目 | 高額療養費 節 | 負担金補助及び交付金 | | | | |
| 支給(出)金額 | ¥ | 資格取得 | 年 月 日 | 受付No. | | | | |
| 起 案 考 慮 | 所得 | A 1. 一定以上 | 2. 一般 | 3. 低II | 4. 低I | 保険料 | 月 | |
| | | B 1. 一定以上 | 2. 一般 | 3. 低II | 4. 低I | | | |
| | 区分 | C | ア. 901万超 | イ. 600万超～901万以下 | ウ. 210万超～600万以下 | | 多数該当 | 年 月診療分 |
| | 区分 | D | エ. 210万以下 | オ. 非課税世帯 | | 年 月診療分 | | |
| 限度額 | 円+(円 - 円)×1%= 円 | | | | | | | |

(注)この欄は記入しないこと。

高額療養費支給申請書 (〇〇年××月診療分)

| | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-------------|--------------|--------------|
| 被保険者証の記号・番号 | 建 国 〇〇 - 〇〇〇〇〇 枝 番 〇〇 | 組合員の氏名 | 大 建 太 郎 | | |
| 個 人 番 号 | | 療養を受けた者の氏名・生年月日 | 療養を受けた医療機関名 | 療養を受けた期間及び日数 | 医療機関等で支払った金額 |
| | | 大 建 太 郎 〇〇年××月△△日生 | 〇〇病院 | 年 月 日 日間 | 円 |
| | | 大 建 花 子 〇〇年××月△△日生 | ××病院 | 年 月 日 日間 | 円 |
| | | 年 月 日生 | | 年 月 日 日間 | 円 |
| | | 年 月 日生 | | 年 月 日 日間 | 円 |
| | | 年 月 日生 | | 年 月 日 日間 | 円 |
| | | 年 月 日生 | | 年 月 日 日間 | 円 |

1医療機関ごとに記入して下さい。

記入日

本人が亡くなられた場合は、「本人死亡の為(続柄)〇〇〇〇」と記入して下さい。

※黒枠に必要事項を記入して下さい

| | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| 上記のとおり申請します。 〇〇年 ××月 △△日 | | 組合員 住所 大阪市浪速区敷津西2-14-22 氏名 大 建 太 郎 |
| 大阪建設国民健康保険組合理事長殿 | | |
| 送 金 方 法 に チ ェ ッ ク し て 下 さ い | <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 (振込手数料はかかりません) | |
| | ゆうちょ銀行 | 通帳記号 通帳番号 (右詰めでご記入ください。) |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | (組合員本人に限る) | |
| | <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行 (振込手数料は差し引いて振込みます。) | |
| 銀行名 | 銀行・信用金庫 | 支店 |
| 預金種類 | 普・当座・() | 口座番号 |
| フリガナ | | |
| 氏 名 | | |
| (組合員本人に限る) | | |
| <input type="checkbox"/> 支部窓口 | | |

| | | |
|-----------|-----------|-------|
| 組 合 記 載 欄 | 支 給 年 月 日 | 年 月 日 |
|-----------|-----------|-------|