

国民健康保険高額療養費支給申請書（令和 年 月診療分）

令和 年 月 日

〒

自 宅 住 所

組合員個人番号
(マイナンバー)

--	--	--

申請人（組合員）氏名

電 話 番 号

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

下記のとおり必要書類を添えて申請します。

①被 保 険 者 証 記 号	番 号	
②療養を受けた被保険者の個人番号 (マイナンバー)		
③療養を受けた被保険者の氏名		
④療養を受けた被保険者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑤組 合 員 と の 続 柄		
⑥傷 病 名		
⑦発 症 又 は 傷 病 の 理 由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）
⑧療養を受けた医療機関・ 診療所等の名称・所在地	名 称 所 在 地	
⑨診療科目、入院・通院等の区分		
⑩他の制度により自己負担相当額 またはその一部の支給を受けら れるかどうか	受けられる (制度名：) (徴収費用の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名：) (徴収費用の 有・無) 受けられない
⑪病 院 等 で 支 払 っ た 金 額	円	円
⑫今回申請の診療月以前1年間に 高額療養費を支給されている月 が3ヶ月以上(※)あるときは その直近3ヶ月の診療月	1平・令 年 月診療分 2平・令 年 月診療分 3平・令 年 月診療分	⑬ 世帯(所得) 区 分 70歳 以上 75歳 未満 世帯 全体
⑭ 振込先金融機関名		支店名 店
口 座 番 号	普通	番号【右ツメでご記入ください】 フリガナ
	当座	名義人
	貯蓄	

処 理 欄	費 用 額	円	支 給 額	円
	自己負担額	円	既 支 給 額	円
	自己負担限度額	円	支 給 決 定 額	円

※70歳以上の方の外来のみは回数に含みません。

(裏面あり)

™ e w M w « ™ Ä ò t m M o ™

Ù « ™ Ä ò

- ~ e{xz •D]qt^R`oXi^M{
- ~ e{wÉÍw e Êù» ØCq î°xžcGÖ`oXi^M{
- ~ „]xz•F›!Zhƒ-e wx jøçÚ Æİİ”£›GÖ`oXi^M{

- ~ %]xz~pb”òètÓ¹›mZoXi^M{
- ~ Œ]xz wMSt“©•...wx~Ûrìp¹‡hxfw°æw§...U!Z’•”TrOTtmMo
~pb”MtÓ¹›mZz!Z’•”Ôùxít [”MSwOj~pb”‹wwGø®fw ~wÔ
ùxé.\$MSÊ£›GÖ`oXi^M{‡hzx~Ûrìp¹w°ætmMo...;›Ä)^(hTq
TtmMo~pb”MtÓ¹›mZoXi^M{

žyyò›±OçA©£t”§...

yyË\©•

çyy-R©•

ıyyç•ñ±Ot”•-w...ç

ıyyj0f0 çOt”§...

§yy^ -Hñ±Ot”§...

©yy^ èÄ©•

«yy’ t|²^ Ot”§...

-yyF-©•

~yy•Fpç©•

±yyò›±Oçýò›±~°”ò›±s£t”§...

³yy İ•› ÄÀt ”©•w...ç

ıyy› ìñİ•Z€ÄÀ

•yyœ1QB÷½{¼ Ë•sİ•Z€ÄÀt ”©•w...ç

¹yyç•ñ±Ot”-ç«Q› ì’©•...w§...

»yyç•ñ±Ow¾”st ”©•w...ç

½yyÉ’Ot”§...

Àyy› # ›¾”Ot”§...

ÄyytÖHÁf•yAOt”yA

Äyyfw çyyyyyyyyyyyyyyyyyy£

- ~ •]xz’Äsp§÷lh¹wOjz-e •üt ”‹wtmMow^GÖ`z› è%zÄJpÝ
Š’•oM”)¹Ä)¹stmMox†MhÚ¹›GÖ`oXi^M{
- ~ •]xzt~Q]qs“zÊùU-;b”hŠzGÖ`sMpXi^M{
pé.\$st~Àì{~•t~àüwQ zx~ÛrvS¹w-%MOstmMoxpÊùw)1 ‡h
x -w`S“›€°`oXi^M{
- ~ •]xz e çÊù»£w1lb”ü œÚ%; ØC›GÖ`oXi^M{