

受付印	理事長	副理事長	事務長	係	決定	年	月	日
					支払	年	月	日
記号番号				組合員氏名				
70歳以上 高額療養費支給申請書・記入例 「こんなときは？」を参考に添付書類とともに記入捺印し、組合まで提出してください。								
前期高齢者所得区分			国保世帯所得区分			区 分		

※本書作成時は裏面の記載要項にしたがって、黒ボールペン(消えないペン)で太枠内のみご記入ください。

高額療養費支給申請書 ②								(令和 ○年 ○月診療分)							
療養を受けた被保険者氏名 ① 生 年 月 日 個人番号(マイナンバー)	医 療 機 関 名 地 及 び 所 在 地	区 診 分 療	日 数	費 用 額	病 院 等 で 支 払 っ た 額	発 症 又 は 負 傷 理 由									
衣料品 太郎 昭・平・令 ○年 ○月 ○日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	病院の名称を記入してください。 病院の住所を記入してください。	③ 入院	④ ○日	200,000円	⑤ 40,000円	⑥ <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(疾病)									
衣料品 太郎 昭・平・令 ○年 ○月 ○日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	病院の名称を記入してください。 病院の住所を記入してください。	外来	○日	200,000円	40,000円	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(疾病)									
昭・平・令	① 給付対象者の必要事項を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	② 領収書の診療月を記入してください。(月毎に申請書が必要です)				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	③ 領収書の入院もしくは、外来を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	④ 領収書の療養期間を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	⑤ 領収書の保険内の金額を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	⑥ 該当箇所にチェック✓をつけてください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	⑦ 記入日を和暦で記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	⑧ 組合員(世帯主)の必要事項を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
昭・平・令	⑨ 振込を希望される銀行を記入してください。				<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病)										
上記のとおり申請します。															
⑦ 令和 ○年 ○月 ○日															
組	住 所	住所を記入してください。													
合	氏 名	衣料品 太郎													
員	電 話 番 号	06-0000-0000	個 人 番 号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
大阪衣料品小売国民健康保険組合 理事長 殿															

⑨ 振込先	振込先金融機関名	○ ○ ○	銀 行・信用金庫 信用組合・農業協同組合	○ ○	支 店 出張所
	口座区分	普通	当座・貯蓄	口座番号	○ ○ ○ ○
	フリガナ	イリョウヒン タロウ			
	口座名義人	衣料品 太郎			