

国民健康保険高額療養費支給申請書

◇負傷(ケガ)が有る場合は、負傷原因報告書(様式第20号)を提出してください。

被保険者証記号番号		診療年月		令和	年	月	負傷(ケガ)の有無	有・無
療養を受けた方①	氏名	生年月日		昭・平・令	年	月	日	
		療養を受けた方の個人番号						
	傷病名	療養を受けた期間	月	日から	月	日まで	入院・外来・調剤・その他	
	病院の名称	病院の所在地						
自己負担額	円	保険点数						
療養を受けた方②	氏名	生年月日		昭・平・令	年	月	日	
		療養を受けた方の個人番号						
	傷病名	療養を受けた期間	月	日から	月	日まで	入院・外来・調剤・その他	
	病院の名称	病院の所在地						
自己負担額	円	保険点数						
療養を受けた方③	氏名	生年月日		昭・平・令	年	月	日	
		療養を受けた方の個人番号						
	傷病名	療養を受けた期間	月	日から	月	日まで	入院・外来・調剤・その他	
	病院の名称	病院の所在地						
自己負担額	円	保険点数						
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。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 _____ 建設連合国民健康保険組合殿 組合員 氏名 _____ 印 個人番号(組合員) _____ ※自署の場合は押印省略可 電話(日中連絡先) _____								
振込先金融機関		銀行	銀行 信金 農協	信組 労金	本店 支店 出張所	預金種類	1 普通・総合 2 当座	番号(右につめて記入してください)
(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)				
ゆうちょ銀行								
口座名義(カナ)								
本部 決裁欄	区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		単独・合算の別		単 独 合 算	多 数 該 当	有(回目) 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			

本部
受付印

事務局長	事務局長次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印

国民健康保険高額療養費支給申請書

※赤字の部分を入力してください。(記入する際は、消せるボールペンは使用しないでください。)

※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページ後をご確認ください。

被保険者証記号番号		1799999		診療年月	令和 ○年 ××月	負傷(ケガ)の有無	有・無
療養を受けた方①	氏名	建設 太郎		生年月日	昭平令 ○○年 ××月 △△日	療養を受けた方の個人番号	
	傷病名	○○○○○	療養を受けた期間	○○月 ××日から ○○月 ××日まで	入院 外来・調剤・その他		
	病院の名称	○×クリニック	病院の所在地	○○県××市△△-□□			
	自己負担額	100,000 円		保険点数			
療養を受けた方②	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	療養を受けた方の個人番号	
	傷病名		療養を受けた期間	月 日から 月 日まで	入院・外来・調剤・その他		
	病院の名称		病院の所在地				
	自己負担額	円		保険点数			
療養を受けた方③	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	療養を受けた方の個人番号	
	傷病名		療養を受けた期間	月 日から 月 日まで	入院・外来・調剤・その他		
	病院の名称		病院の所在地				
	自己負担額	円		保険点数			
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。 令和○○年××月△△日 (〒○○×-×△△○) 住所 ○○県○○市○△□1-2-3 組合員 氏名 建設 太郎 (建設) 個人番号(組合員) △×○×□○×□□○△○ ※自署の場合は押印省略可 電話(日中連絡先) 090-××××-□□□□							
建設連合国民健康保険組合殿 振込先金融機関 銀行 ○△ (銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください) 信組 労金 ○× 支店 預金種類 1 普通・総 2 当座 番号(右につめて記入してください) 123456 口座名義(カナ) ケンセツ タロウ							
本部決裁欄	区分	ア・イ・ウ・エ・オ				単独	有(回数)
	現並						無
	備考	※世帯合算の記入例は次ページです。					
※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							

◇負傷(ケガ)がある場合は、負傷原因報告書(様式第20号)を提出してください。

- 《申請をするときの注意》
1. 申請には証拠書類が必要です。詳しい手続きは、書類を提出する前に所属の支部にお問い合わせください。
 2. 申請書は、所属の支部に提出してください。

記入例

世帯合算の申請の場合

様式第15号

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		1799999		診療年月	令和〇年××月	負傷(ケガ)の有無	有・無
療養を受けた方①	氏名	建設 花子		生年月日	昭平令〇〇年××月△△日	療養を受けた方の個人番号	△×〇×□〇×□□〇△〇
	傷病名	〇〇〇〇〇	療養を受けた期間	〇〇月××日から 〇〇月××日まで	入院・外来・調剤・その他		
	病院の名称	〇×クリニック	病院の所在地	〇〇県××市△△-□□			
	自己負担額	200,000円		保険点数			
療養を受けた方②	氏名	建設 次郎		生年月日	昭平令〇〇年××月△△日	療養を受けた方の個人番号	△×〇×□〇×□□〇△〇
	傷病名	〇〇〇〇〇	療養を受けた期間	〇〇月××日から 〇〇月××日まで	入院・外来・調剤・その他		
	病院の名称	〇×クリニック	病院の所在地	〇〇県××市△△-□□			
	自己負担額	50,000円		保険点数			
療養を受けた方③	氏名			生年月日	昭平令 年 月 日	療養を受けた方の個人番号	
	傷病名			療養を受けた期間	月 日から 月 日まで	入院・外来・調剤・その他	
	病院の名称			病院の所在地			
	自己負担額	円		保険点数			
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。 令和〇〇年××月△△日 (〒〇〇×-×△△〇) 住所 〇〇県〇〇市〇△□1-2-3 組合員 氏名 建設 太郎 (建設) 個人番号 (組合員) △×〇×□〇×□□〇△〇 ※自署の場合は押印省略可 電話(日中連絡先) 090-××××-□□□□							
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 〇× (信組) 預金種類 1 普通・総合 2 当座 番号(右につめて記入してください) 123456 (銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください) ゆうちょ銀行 記号 番号(右につめて記入してください) 口座名義(カナ) ケンセツ タロウ							
本部決裁欄	区分	ア・イ・ウ・エ・オ		単独	多数	有(回数) 無	
	備考	※通常の申請の記入例は前ページです。					
※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

◇負傷(ケガ)が有る場合は、負傷原因報告書(様式第20号)を提出してください。

※赤字の部分の記入にあたっては、当記入例の次ページをご確認ください。消せるボールペンは使用しないでください。

《申請をするときの注意》

1. 申請には証拠書類が必要です。詳しい手続きは、書類を提出する前に所属の支部にお問い合わせください。
2. 申請書は、所属の支部に提出してください。

申請書を記入する際の注意点（ポイント）

① 通知カードや個人番号カード等の個人番号がわかる書類を参考に療養を受けた方の個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。

② 支払った額（自己負担額）は、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（入院中の食事代等を除く）についてのみ記入して下さい。

③ 通知カードや個人番号カード等の個人番号がわかる書類を参考に組合員の個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。

④ 振込先については、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下さい。