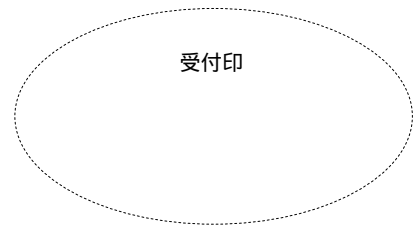


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	次長	副課長	担当



国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月 診療分)

【申請者についての注意点】

組合員(申請者)の欄は第1種組合員(医師)またはその家族が対象者の場合は第1種組合員(医師)の署名・捺印をお願いいたします。第2種組合員(従業員)またはその家族が対象者の場合は第2種組合員(従業員)の署名・捺印をお願いいたします。

提出代行者 の氏名	
--------------	--

被保険者証 記号 - 番号		組合員(申請者) の氏名	フリガナ 氏名	
療養を受けた方 の氏名・生年月日 及び組合員(申請者) との続柄	フリガナ 氏名 生年月日 続柄 1.昭和 2.平成 年 月 日	フリガナ 氏名 生年月日 続柄 1.昭和 2.平成 年 月 日	フリガナ 氏名 生年月日 続柄 1.昭和 2.平成 年 月 日	フリガナ 氏名 生年月日 続柄 1.昭和 2.平成 年 月 日
個人番号				
傷病名				
療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称 所在地	名称 所在地	名称 所在地	名称 所在地
上記の病院等 で療養を受けた 期間	入院 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 外来 日間	入院 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 外来 日間	入院 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 外来 日間	入院 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 外来 日間
上記の期間に受けた 療養に対し、病院等 で支払った額	円	円	円	円
組合員(申請者) の口座情報	振込希望行 銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金科目 1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ			
口座名義				
上記の通り申請致します				
提出年月日 平成 年 月 日				
〒				
自宅住所				
組合員(申請者) 連絡先TEL				
氏名 印				
個人番号				
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様				

事務局記入欄

所得区分	70歳未満：ア イ ウ エ オ 70歳以上：現役並 一般 低 低	支給決定金額	円
年齢区分	一般 前期高齢者 未就学児	支給年月日	平成 年 月 日
合算・多数該当	世帯合算 多数該当(年 回)		