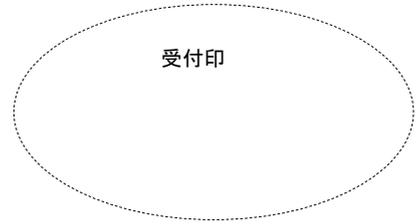


承認欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	課長	係長	担当



国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

【組合員(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)		組合員(申請者) の個人番号																
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ															
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	フリガナ 氏名 生年月日 続柄	フリガナ 氏名 生年月日 続柄	フリガナ 氏名 生年月日 続柄															
療養を受けた方の個人番号																			
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 令和 年 月 日から 令和 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															
第三者行為の有無	第三者行為による傷病ですか (1. はい・2. いいえ) (1.はいに〇の方は傷病の原因を記載してください。)																		
の組合員(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 令和 年 月 日

〒
自宅住所

組合員(申請者) 連絡先TEL — —

氏名 印

岩手県医師国民健康保険組合理事長 様

※事務局記入欄

年齢区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 未就学児	合算・多数該当	<input type="checkbox"/> 世帯合算 <input type="checkbox"/> 多数該当(年 回)
所得区分	70歳未満: <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	支給決定金額	円
	70歳以上: <input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得者Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得者Ⅰ	支給年月日	令和 年 月 日