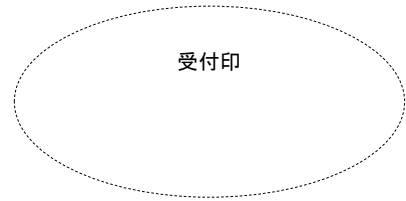


|     |     |               |    |     |    |    |
|-----|-----|---------------|----|-----|----|----|
| 承認欄 | 理事長 | 副理事長<br>兼常任理事 | 理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
|     |     |               |    |     |    |    |



# 国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成・令和 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<br>者の<br>氏名 |  |
|------------------|--|

|   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|------------------------|------|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証<br>番号                                   | — —  | 組合員(申請者)<br>の氏名                                  | フリガナ<br>氏名                                       |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養を受けた方<br>の氏名・生<br>年月日及び<br>組合員(申請者)<br>との続柄 | フリガナ<br>氏名<br>生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日<br>続柄    | フリガナ<br>氏名<br>生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日<br>続柄    | フリガナ<br>氏名<br>生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日<br>続柄    |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号  |  |  |  |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養を受けた<br>病院等の名称<br>及び所在地                     | 名称<br>所在地  | 名称<br>所在地  | 名称<br>所在地  |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の病院等<br>で療養を受け<br>た期間                       | 入院 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで<br>日間<br>外来 日間 | 入院 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで<br>日間<br>外来 日間 | 入院 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで<br>日間<br>外来 日間 |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の期間に受けた<br>療養に対し、病院等<br>で支払った額              | 円  | 円  | 円  |                        |      |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員(申請者)<br>の口座情報                             | 振込希望<br>銀行                                       | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合                               | 本店<br>支店   | 預金科目<br>1. 普通<br>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            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  | 〒 — —<br>自宅住所             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  | 組合員(申請者) 連絡先TEL — —       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  | 氏名 印                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |                        |      |  |  |  |  | 個人番号 <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>70歳以上: □現役並Ⅲ □現役並Ⅱ □現役並Ⅰ<br>□一般 □低Ⅱ □低Ⅰ | 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  | 令和 年 月 日 |   |
| 合算・多数該当 | □世帯合算 □多数該当(年 回)   |        |          |   |