

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日 平成 年 月 日	処 理	入 力	照 合

国民健康保険高額療養費支給申請書 (平成 年 月診療分)																
被保険者証の 記号番号	支給を受けようとする高額療養費に係る療養があった月以前12か月以内に支給を受けた年月					年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月					
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・続柄		① 昭・平 年 月 日			続柄	② 昭・平 年 月 日			続柄	③ 昭・平 年 月 日			続柄			
傷 病 名																
療養を受けた病院・診療所・ 薬局等の名称及び所在地		-----			-----			-----			-----					
上記で療養を受けた期間		年 月 日 から 日間 同月 日			年 月 日 から 日間 同月 日			年 月 日 から 日間 同月 日								
当該療養につき病院等に 支払った額		円			円			円			円					
<p>上記のとおり申請します。 なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み下さい。</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>平成 年 月 日 組合員氏名 ④</p> <p style="text-align: center;">T E L () -</p> <p>愛知建連国民健康保険組合理事長 殿</p>																

下記の通り高額療養費の支給を決定してよろしいか。

前12ヶ月以内での今回の支給	※	回	控除額	※	円
----------------	---	---	-----	---	---

該 当 者	費 用 額	保 険 者 負 担 分	一 部 負 担 金	他 法 負 担 分	高 額 療 養 費
決 定 額					

振 込 先	銀行	信用金庫	本店
	農協	信用組合	支店 出張所
預金種別	普通	当座	
口座番号			
フリガナ			
口座名着			

本部受付欄	支部受付欄
本部受付印	支部受付印

◎ 申請者は太枠の部分を記入してください。※は記入しないでください。

◎ 裏面の注意事項をお読みください。

注 意 事 項

1. 1か月ごとに作成してください。尚、1か月とは、暦月(月の1日から末日まで)です。この場合、診療を受けた日が基準になります。
2. 同じ月内に複数の申請者や申請事項がある場合は、1枚の申請書の別枠に記入してください。また、入院などで月をまたいだ場合は、同一申請者であっても必ず別の申請書に月ごとに作成してください。
3. 高額療養費は、保険診療外の差額ベッド代、入院時の食事代、歯科の自由診療など対象にならないものがあります。
4. 領収書をこの申請書に添付してください。(コピー可)
5. 国民健康保険高齢受給者証をお持ちの方が高額療養費を申請される場合は、同じ月内に医療機関等で受け取られた領収書をすべて提出してください。また、領収書は少額のものでも必ず保管しておいてください。
6. 高額療養費の支給決定に必要なため、市(区)町村長の発行する所得・課税状況を証明する書類を添付してください。尚、同一保険証内の16歳以上の方すべてが対象になります。
7. 毎年8月診療分より当該年度の所得・課税状況を証明する書類を添付してください。また、一度提出していただいたものは、保険証内の加入人数の変更や所得の修正などがなければ次の年の7月まで有効です。

※同じ年の7月、8月の高額療養費を申請される場合は、前年度と当該年度の市(区)町村長の発行する所得・課税状況を証明する書類が必要になります。

8. 故意に所得・課税状況を証明する書類を添付されない場合は「上位所得者」とみなされますので、ご注意ください。
9. 支給決定後、口座振込通知を送付いたしますので、入金のご確認をお願いします。また、支給決定について不明な点がある場合は、本部事務局までご連絡ください。