

決 裁	理事長	常務理事	事務長	担当者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平成 年 月 日			

国民健康保険高額療養費支給申請書 (平成 22 年 3 月診療分)

被保険者証の 記 号 番 号	1234-012340	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								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・続柄	① 愛建次郎 昭・平 4年 5月 5日		続柄	② 子 昭・平 年 月 日				続柄	③ 昭・平 年 月 日				続柄	
傷 病 名	急性虫垂炎													
療養を受けた病院・診療所・ 薬局等の名称及び所在地	岡崎市高隆寺字五所合3-1 岡崎市民病院													
上記で療養を受けた期間	22年 3月 1日 から 15 日間 同月 15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					
<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: right;">住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号</p> <p style="text-align: center;">平成 22 年 5 月 10 日 組 合 員 氏 名 愛建一郎 ㊞</p> <p style="text-align: right;">TEL (052) 982 - 5736</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	岡崎	銀行	信用金庫	駅前	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	1	2	3	4	5	6
フリガナ	アイケレ イチロウ						
口座名着	愛建 一郎						

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入力してください。※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。