

国民健康保険高額療養費支給申請書



被保険者証		記号	88 - 00	番号	1111	(平成 年 月診療分)	
家族該当 している場合は、 それぞれについて ご記入下さい。	氏名	職能太郎	性別	男	職能花子	性別	女
	生年月日	昭和・平成 33年4月5日	続柄	本人	昭和・平成 33年6月7日	続柄	妻
	個人番号 (マイナンバー)	個人番号(マイナンバー)欄は特定個人情報の漏えい防止・保護の為、2枚目用紙にのみご記入ください。					
療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称および所在地	名称	市ヶ谷病院		市谷診療所		市ヶ谷クリニック	
	所在地	〒000-0001 東京都新宿区市谷1丁目1番1号		〒000-0002 東京都新宿区市谷2丁目2番2号		〒000-0003 東京都新宿区市谷3丁目3番3号	
療養を受けた期間	平成27年12月2日から 同月30日まで 15日間		平成27年12月4日から 同月14日まで 3日間		平成27年12月1日から 同月11日まで 10日間		
上記期間に病院等に支払った金額	円		円		円		
令第29条の2第1項第2号に規定する特定給付対象療養費について支払った額	円		円		円		
療養の原因	①. 病気 2. 負傷(第三者・業務上)		1. 病気 ②. 負傷(第三者・業務上)		①. 病気 2. 負傷(第三者・業務上)		
負傷(ケガ)の場合は原因を詳しく記入してください			自宅にて転倒し負傷した				
傷病名	椎間板ヘルニア		右手打撲		気管支炎		

上記のとおり申請します。

なお、上記高額療養費の受領を下記受任者に委託します。

平成28年2月1日

組合員 (相続人)	住所	〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2丁目26番地	個人番号(マイナンバー)
	氏名	職能太郎	特定個人情報の漏えい防止・保護の為、2枚目用紙にのみご記入ください。

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿

こちら2枚目にも
押印をお願いします。

- 太枠の中は必ず記入してください。
- 世帯の所得を確認できる書類(区市町村民税課税(非課税)証明書【全部事項証明のごと】)を添付してください。なお、年度が変わって申請する時は、改めて添付していただきます。また、家族の異動(増)があった時は、再度、提出していただく場合もあります。

★事業主のかたは、組合員の個人番号及び本人(身元)確認を実施のうえ、2枚目に署名・押印をお願いします。

本人申出欄
私は、所得を確認する書類は提出しません。 組合員氏名(相続人)

受任者(組合長)	支部記入欄
----------	-------

受付日付印

国民健康保険高額療養費支給申請書



被保険者証		記号	88 - 00	番号	1111	(平成 年 月診療分)	
療養を受けた被保険者の氏名等	氏名	職能太郎	性別	男	職能花子	性別	女
	生年月日	昭和 平成 33年 4月 5日	続柄	本人	昭和 平成 33年 6月 7日	続柄	妻
	個人番号 (マイナンバー)	必ず記入してください		必ず記入してください		必ず記入してください	
		22222222222222			33333333333333		
	療養を受けた期間	平成 27年 12月 2日から 同月 30日まで 15日間		平成 27年 12月 4日から 同月 14日まで 3日間		平成 27年 12月 1日から 同月 31日まで 10日間	
	療養の原因	① 病 気 2. 負 傷 (第三者・業務上)		1. 病 気 ② 負 傷 (第三者・業務上)		① 病 気 2. 負 傷 (第三者・業務上)	
	傷病名	椎間板ヘルニア		右手打撲		気管支炎	

それぞれについてマイナンバーの記入をお願いします。

上記のとおり申請します。
 なお、上記高額療養費の受領を下記受任者に委託します。 平成 28年 2月 1日

組合員 (相続人)	住所	〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2丁目26番地	個人番号 (マイナンバー)	必ず記入してください
	氏名	職能太郎	22222222222222	

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿

マイナンバーの記入をお願いします

こちら1枚目にも押印をお願いします。

★事業主確認欄
 個人番号及び本人(身元)確認をいたしましたので、署名します。

事業所住所・事業所名	事業主氏名	本人申出欄
〒000-0000 東京都新宿区新宿1丁目1番1号 千代田建築	千代田 造家	私は、所得を確認する書類は提出しません。 氏名 (相続人)

受任者 (組合長)

支部記入欄

日付印

事業主の亦は本人確認後に署名・押印をお願いします。