

決定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

決定金額
円

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号・番号	岡304	年	月	診療分
診療を受けた者	氏名	傷病名		
	個人番号(マイナンバー)			続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
診察を受けた期間、支払い額	年	月	日から()日間	円

診療を受けた者	氏名	傷病名		
	個人番号(マイナンバー)			続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
診察を受けた期間、支払い額	年	月	日から()日間	円

診療を受けた者	氏名	傷病名		
	個人番号(マイナンバー)			続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
診察を受けた期間、支払い額	年	月	日から()日間	円

※今回申請の診療月以前の12ヶ月以内に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月			
年	月	診療分	円
年	月	診療分	円
年	月	診療分	円

※領収書を添付してください。

第三者行為
 該当
 非該当
 ※該当の場合は給付できません。

上記のとおり申請します。

年 月 日

組合員住所
 (申請人) _____
 氏名 _____ (印)

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号(マイナンバー) _____
 ※上記の対象者と同じ場合は、省略可

身元 確認 欄	① 確認者 <input type="checkbox"/> 支部()
	② 届出人 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人() ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> その他()