

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	ア〇〇〇〇	5	年	1	月	診療分							
診療を受けた者	氏名	建設 太郎				傷病名	肺癌							
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称	建労病院												
	所在地	岡山市北区駅元町123-4												
診察を受けた期間、支払い額	5年1月1日から(10)日間							120,000円						

診療を受けた者	氏名	建設 花子				傷病名	心不全							
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	3	続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称	倉敷建労病院												
	所在地	倉敷市幸町1-2-3												
診察を受けた期間、支払い額	5年1月1日から(5)日間							50,000円						

診療を受けた者	氏名	建設 次郎				傷病名	腎不全							
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	4	続柄
診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称	津山建労クリニック												
	所在地	津山市駅元町1-2-3												
診察を受けた期間、支払い額	5年1月10日から(8)日間							80,000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	年	月診療分	年	月診療分
---	------	---	------	---	------

※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。

必ず印鑑を押してください。

5年4月1日

住所 岡山市北区駅元町23-12

組合員  
(申請人)

氏名 建設 太郎

建設

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"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )