

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

支給決定日	※ 回目	※ 円	課税区分	※
年 月 日				

被保険者の 記号・番号	建	前12ヵ月間に支給 対象となった回数	※ 月・月・月	※ 回目		
続柄	療養を受けた被保険者氏名	傷病名	療養を受けた医療機関等の名称	入外	療養を受けた期間	医療機関等 支払額
	生年月日 昭・平 年 月 日		名称 住所		月 日から 月 日まで	円
	マイナンバー					
	生年月日 昭・平 年 月 日		名称 住所		月 日から 月 日まで	円
	マイナンバー					
	生年月日 昭・平 年 月 日		名称 住所		月 日から 月 日まで	円
	マイナンバー					
上記の通り、申請いたします。					① 合計 ※	円

年 月 日 住 所 _____

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿 組合員 氏 名 _____ 印

マイナンバー _____

処理年月日 年 月 日

組合名及び理事（組合長）氏名	確 認 者 身 元 印	確 認 書 類 ①個人番号カード（組合員・他） ②運転免許証（組合員・他） ③その他（ ）
印		

- (注) この申請書は、次によって作成してください。
- (1) 暦月ごと、世帯ごとに作成して下さい。
 - (2) 療養を受けた医療機関で、医科と歯科は別々に、また入院と通院も別々に作成してください。
 - (3) 申請の際は、保険証に名前が載っている世帯全員分（家族のうち、未成年者、学生、障害者、専業主婦はチェックリストでの証明に代えます）の所得証明書等を必ず添付してください。
なお、診療月が8月から翌年7月までで既に添付している場合は必要ありません。
 - (4) 領収書の写しを申請書に添付してください。紛失の場合等は所定の理由書を添付してください。
 - (5) 給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。
 - (6) ※は記入しないで下さい。

(高齢者分に係る高額療養費)	負担区分※		
②外来分計※	円	③合算分計※	円
		④現物給付額※	円
		⑤高齢者分計※ (②+③-④)	円

(世帯合算分高額療養費)

⑥世帯高額療養費算定基準額 ※	・定額分	円	・医療費の1%負担分	円	
⑦世帯合算分高額療養費の額(①-②-③-⑥) ※		円	⑧高額療養費支給申請額 ※ (⑤+⑦)	円	
現物給付額※	円	既支給済額 ※	円	支給決定額 ※	円