

| | | | | | |
|--------|-----|------|-----|----|-----|
| 支給決定命令 | 理事長 | 専務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
| | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|----|---|---|---|---|---|---|
| 事務局記入 | 債主 | 記号 | 職 | 番 | 枝 | 取 | 得 | 失 |
| | 支給金額 | | | | | | | |
| 高 | 一 | 般 | 被 | | | | | |
| 額 | 多 | 数 | 保 | | | | | |
| 区 | ハ | 第 | 険 | | | | | |

赤色で色付けされた欄は記入必須です。
こちらの記入例を参考にすべてご記入ください。

記号・番号・枝番は、保険証(現在は発行しておりません)、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでも確認することができます。

国民健康保険高額療養費支給申請書 (令和 7 年 3 月診療分)

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------|--|------|---------|
| ① 療養を受けた被保険者 | 被保険者 記号番号 | 記号 | 職 | 番号 | 枝番 |
| | | | 27 | 0001 | 01 |
| | 氏名 | 職別 太郎 | | | 組合員との続柄 |
| | | 本人 | | | |
| | 生年月日 | S | H・R | 45年 | 1月 |
| | | | | 1日 | 個人番号 |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | 8 | 9 | 0 | 1 |
| ② 傷病名 | 高血圧症、虫歯治療等 | | | | |
| ③ 第三者行為による療養費はありますか(ありましたか) | ある | ない | ※ この申請の対象となる受診および調剤が、仕事中の傷病または交通事故等の第三者行為による傷病 | | |
| ④ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地 | 名称 | 〇〇クリニック、△△歯科、□□薬局 | | | |
| | 所在地 | 京都市〇〇区〇〇町△△番地△ 他 | | | |
| ⑤ ④の病院等で療養を受けた期間 | 入院 | 日 | ～ | 日 | (日間) |
| | | | | 外来 | 5日 |
| | | | | ～ | 28日 |
| | | | | (| 4日間) |
| ⑥ ⑤の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | ※記入不要 ※提出された領収書・支払証明書を元に事務局で確認いたしますので、必ず漏れなく提出してください。 | | | | |
| | ⑥は記入不要ですが、提出された領収書・支払証明書を元に計算しますので、漏れのないよう添付してください。(高額療養費の算定に当たっては、医療機関から当組合へ届く請求書と、ご提出された領収書をともに確認の上計算を行いますため、領収金額がそのまま反映されるわけではありません。) | | | | |
| ⑦ 診療費につき公費負担がありますか(ありましたか) | ある | ない | | | |

上記のとおり支給方を申請します。
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ください。

令和 7 年 8 月 1 日

京都府建設業職別連合国民健康保険組合

組合員

理事長 〇

組合員の氏名等をご記入ください

住所

京都市中京区壬生坊城町24番地1 古川勤ビル

氏名

職別 太郎

個人番号

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

電話番号

075 — 801 — 0478

押印必須

上記の申請は適正なものと認めます。

名称
所属支部
支部長

組合員名義の口座をご記入ください。

| | | | | |
|-------|-------|---------------------------------|------|---------------|
| 組合員口座 | 金融機関名 | 京都 銀行 信用金庫 | 大宮支店 | 普通 当座 |
| | フリガナ | ※ できる限り京都銀行でお願いします シヨクベツ タロウ | | |
| | 口座名義人 | 職別 太郎 | 口座番号 | 0 0 0 0 0 0 0 |