

支給決定命令				債	記号番号	職	資格	取得	昭・平
専務理事	事務長	主任	担当者	主	氏名	本人・家族		喪失	昭・平
				支給金額		円		給付記録	
								保険料	月分返収納済
高額区分	一般多数合算			被保険者区分	高齢	所得	現役並み	低 II	(備考)計算根拠 別紙
	多数合算				一般	区分	一般	低 I	
		(ア)	(イ)	(ウ)	(エ)	(オ)			
		901万円超	600万円超～901万円以下	210万円超～600万円以下	210万円以下	非課税			

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

① 被保険者証の記号番号	職	② 療養を受けた被保険者の氏名、生年月日		昭・平	年	月	日生	③ 組合員との続柄
		個人番号						
④ 傷病名								
⑤ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		名称						
		所在地						
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間		入院	平成	年	月	日から		
		外来	同日			日まで	日間	
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額								
⑧ 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						
上記のとおり申請します。		〒	—					
		平成	年	月	日			
京都府建設業職別連合国民健康保険組合		組合員住所						
理事長 殿		氏名						
		個人番号						
		電話	()					
上記の申請は適正なものと思います。		名称						
		所属支部	支部長					
振込希望銀行	銀行・金庫		支店	1 普通	2 当座			
フリガナ			口座番号					
預金口座名義人								
同意書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。							組合員氏名
								⑧

※振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。