

|           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 決 裁 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | 令 和 年 月 日 |
| 副 理 事 長   | 常 務 理 事   | 支 部 長     |
|           | 事 務 局 長   | 係         |
|           | 主 任       |           |
|           | 係         |           |

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

|  |                |            |                                   |               |
|--|----------------|------------|-----------------------------------|---------------|
| 支 部  | 被保険者証<br>の記号番号 | 療養を受けた方の氏名 | 生 年 月 日                           | 組 合 員<br>との続柄 |
|  |                |            | 昭<br>平<br>令<br><br>年 月 日生         |               |
|  |                | 個人番号       |                                   |               |
| 医療機関名及び<br>薬局等の名称  |                |            |                                   |               |
| 備 考  |                |            | 国保取得日                             | 年 月 日         |
| 所得区分   | ア・イ・ウ・エ・オ      | 70歳以上      | 一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ<br>現役並みⅠ・現役並みⅡ・現役並みⅢ |               |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">三重県建設国民健康保険組合理事長 殿</p> |                |            |                                   |               |
| 費用額  | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |
| 保険者負担額   | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |
| 公費負担額  | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |
| 一部負担額  | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |
| 現物支給額  | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |
| 支給決定額  | ¥              | ¥          | ¥                                 | ¥             |

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 ( ) 確・郵  
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ( )