

# 高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

被保険者証 記号番号	料	療養を受けた 被保険者	氏名		組合員 との 続柄	
			生年月日	年 月 日	性別	男・女
個人番号						
傷病名						
療養を受けた保険医療 機関等の名称及び所在地 〔医療機関が複数ある場合は 1箇所のみ記入してください〕		名称				
		所在地				
療養を受けた期間		入院	年 月 日 から	業務上又は 第三者行為 の有無	業務上 (有・無)	
		外来	同月 日まで ( ) 日間		第三者行為 (有・無)	
上記期間に保険医療 機関等に支払った金額		円		備考		
上記のとおり、領収書を添えて高額療養費の支給を申請します。						
年 月 日						
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様						
住所						
組合員 (准組合員) 氏名 _____						
(印)						
個人番号 _____						
当組合では、組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。						

※ 該当の「領収書」を添付してください。

### 以下国保組合使用欄

理事長	副理事長	常務理事	専務理事	事務長	係員	整理番号	
						支払日	
資格区分		資格確認		概要			
主・主家 従主・従家 従		資格取得日		70歳未満	70歳以上		
		年 月 日			ア・イ・ウ エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般		
特定・従来		資格喪失日			前期・未就学 低Ⅱ・低Ⅰ		
		年 月 日			1・2・3 合・多		
費用額		円		区分			
窓口負担額		円		計算			
現物給付額		円		レセプト 領収書			
				現物給付			
				有・無			
				有・無			
決裁 処理	1 支給する	支給金額	円	備考			
		支給期間	年 月分 日間				
	2 支給しない	(理由)		番号確認	未・済		
				身元確認	未・済		
受付印							
確認日							年 月 日