

決 裁	事務局長	係	入力済	決定年月日	区 分	前期高齢者	世帯全体
				決定額		一 般 義 務 教 育 就 学 前 期 高 齢 者	一 定 以 上 一 般 低 所 得 Ⅱ 低 所 得 Ⅰ

高額療養費支給申請書 (令和 年 月診療分)

被保険者証記号番号	香組4							一部負担金合計額	円
療養を受けた被保険者の氏名	保険医療機関等の名称		療養を受けた期間		保険医療機関等に支払った金額				
療養を受けた被保険者の生年月日	保険医療機関等の所在地								
(個人番号) 昭・平・令 年 月 日			月 日から 同月 日まで	日間	円 (保険診療分以外を含む・含まない)				
(個人番号) 昭・平・令 年 月 日			月 日から 同月 日まで	日間	円 (保険診療分以外を含む・含まない)				
(個人番号) 昭・平・令 年 月 日			月 日から 同月 日まで	日間	円 (保険診療分以外を含む・含まない)				
(個人番号) 昭・平・令 年 月 日			月 日から 同月 日まで	日間	円 (保険診療分以外を含む・含まない)				
今回申請の診療月以前12か月間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その診療年月(直近の3回)	第1回目		第2回目		第3回目				
	令和 年 月診療分		令和 年 月診療分		令和 年 月診療分				

医療機関等への受診理由 (該当理由を☑)

私傷病 仕事中のケガ等 第三者によるケガ等 (1. 交通事故 2. けんか 3. その他 ())

上記のとおり医療機関の窓口で一部負担金を支払いましたので、高額療養費の支給申請をします。
一部負担金を支払っていない診療について支給を受けた場合は返納します。

令和 年 月 日

組合員住所

電話番号(日中連絡のとれるもの)

氏名

印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

香川県建設国民健康保険組合理事長殿

給 付 金 支 払 指 図	給付金の支払方法	振込 ・ 支部窓口払		(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。)																
	振 込 の 場 合	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)																	委 任 欄	
																			この申請に基づく給付金の受領を下記受任者へ委任します。	
		ゆうちょ 銀行	通帳記号			通帳番号 (右詰で記入してください。)														令和 年 月 日
		銀行	百十四 銀行			本店 支店 出張所		店番										組合員 住所		
口座種目																	氏名			
普通 ・ 当座																	受任者 住所			
																	氏名			
																	香川県建設国民健康保険組合理事長殿			

支部長氏名

印

※高額療養費の支給決定は、療養を受けた月から約3か月後となります。