

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 診療分

被保険者証番号			
療養を受けた被保険者		正組合員 との続柄	
療養を受けた病院等の 所在地及び名称	所在地		
	名称		
①療養を受けた期間	令和 年 月 日から 同 月 日まで		日間
②①の期間に病院等で支払った額			円
備 考			
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 組合員住所 氏名 ④ 電話番号 () - 愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様			

振込先銀行名	口座番号				口座名義人氏名
銀行	普通				フリガナ
支店	当座				

(注) この申請書は、次によって作成してください。

1. 暦月ごと、被保険者ごとに作成してください。
2. ①欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ、記入してください。
3. ②欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、保険診療分のみ記入し、食事療養費分及び保険診療とならない特別室料等については除いてください。
ただし、その額が明確でないときは、医療機関等と支払った金額を記入し、備考欄にその旨を記入してください。
4. 領収書の写しをこの申請書に添付して下さい。