

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

所属地域組合		被保険者記号番号				診療年月				
		富建・ -				令和 年 月				
療養を受けた方①	氏名			個人番号 (マイナンバー)						
	傷病名	レセプトのとおり		療養を受けた期間	月 日から		月 日まで			
	病院の名称			病院の所在地						
	支払った額	円		入院・外来・調剤・歯科・その他			70歳未満・70歳以上			
療養を受けた方②	氏名			個人番号 (マイナンバー)						
	傷病名	レセプトのとおり		療養を受けた期間	月 日から		月 日まで			
	病院の名称			病院の所在地						
	支払った額	円		入院・外来・調剤・歯科・その他			70歳未満・70歳以上			
療養を受けた方③	氏名			個人番号 (マイナンバー)						
	傷病名	レセプトのとおり		療養を受けた期間	月 日から		月 日まで			
	病院の名称			病院の所在地						
	支払った額	円		入院・外来・調剤・歯科・その他			70歳未満・70歳以上			
療養を受けた方④	氏名			個人番号 (マイナンバー)						
	傷病名	レセプトのとおり		療養を受けた期間	月 日から		月 日まで			
	病院の名称			病院の所在地						
	支払った額	円		入院・外来・調剤・歯科・その他			70歳未満・70歳以上			
医療機関等への受診理由（該当理由を☑及び該当数字を○） <input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 仕事（通勤）中のケガ等 <input type="checkbox"/> 第三者によるケガ等（1. 交通事故 2. その他（ ））										
富山県建設国民健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。 なお、支給金の受領方を _____ 地域組合長 _____ ㊟ に委任いたします。  令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 〒 _____ (組合員) 住 所 _____ 組合員の個人番号(マイナンバー) _____ (組合員) 電話番号 _____ (組合員) 氏 名 _____										

個人番号（マイナンバー）を記入された場合、地域組合で確認のうえ※印欄を記入してください。

※身元確認		※確認書類		国保記入欄				
確認者	<input type="checkbox"/> 地域組合	組合員	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ			
	<input type="checkbox"/> 建設国保		<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ			
届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	届出人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	多数回	非該当		滞 納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 代理人 ( )		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		回数	回数		
				支給決定額			円	

理事長	常務理事	事務局長	担 当 者	受 付 欄

富山県建設国保組合の個人番号の利用について 当国保組合が取得した個人番号は、国民健康保険法による保険給付等の事務手続き以外に使用することはありません。

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

所属地域組合		被保険者記号番号		診療年月	
富建・		-		令和 年 月	

  

療養を受けた方①	氏名	個人番号 (マイナンバー)			
	傷病名	レセプトのとおり	療養を受けた期間	月 日から	月 日まで
	病院の名称	病院の所在地			
	支払った額	円	入院・外来・調剤・歯科・その他	70歳未満・70歳以上	

  

療養を受けた方②	氏名	個人番号 (マイナンバー)			
	傷病名	レセプトのとおり	療養を受けた期間	月 日から	月 日まで
	病院の名称	病院の所在地			
	支払った額	円	入院・外来・調剤・歯科・その他	70歳未満・70歳以上	

  

療養を受けた方③	氏名	個人番号 (マイナンバー)			
	傷病名	レセプトのとおり	療養を受けた期間	月 日から	月 日まで
	病院の名称	病院の所在地			
	支払った額	円	入院・外来・調剤・歯科・その他	70歳未満・70歳以上	

  

療養を受けた方④	氏名	個人番号 (マイナンバー)			
	傷病名	レセプトのとおり	療養を受けた期間	月 日から	月 日まで
	病院の名称	病院の所在地			
	支払った額	円	入院・外来・調剤・歯科・その他	70歳未満・70歳以上	

医療機関等への受診理由（該当理由を☑及び該当数字を○）  
 私傷病     仕事（通勤）中のケガ等     第三者によるケガ等（1. 交通事故 2. その他（ ））

富山県建設国民健康保険組合理事長 殿  
 上記のとおり申請します。  
 なお、支給金の受領方を \_\_\_\_\_ 地域組合長 \_\_\_\_\_ ⑩ に委任いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 〒 \_\_\_\_\_

(組合員) 住 所 \_\_\_\_\_ 組合員の個人番号（マイナンバー） \_\_\_\_\_

(組合員) 電話番号 \_\_\_\_\_ (組合員) 氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号（マイナンバー）を記入された場合、地域組合で確認のうえ※印欄を記入してください。

※身元確認		※確認書類		国保記入欄				
確認者	<input type="checkbox"/> 地域組合	組合員 費確認 身元確認 代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ			
	<input type="checkbox"/> 建設国保				現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ			
届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	届出人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 当国保組合の保険証	多数回	非該当	該当	滞 納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 代理人 （ ）				回目	回目		
				支給決定額	,	,		円