

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

所属地域組合		被保険者証記号番号		診療年月	
富建		-		令和 年 月	
療養を受けた方①	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	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	
	個人番号				
療養を受けた方②	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	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	
	個人番号				
療養を受けた方③	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	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	
	個人番号				
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）電話番号 _____					
（組合員）氏名 _____ ㊟					
組合員の個人番号 _____					

※印欄は地域組合で確認のうえ記入してください。

※身元確認		確認書類		国保記入欄	
確認者	<input type="checkbox"/> 地域組合 <input type="checkbox"/> 建設国保	組合員番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	氏名 _____		<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ
届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	高齢者（個人単位） _____ 円	回数 _____
	代理人氏名 _____		<input type="checkbox"/> 運転免許証		高齢者（世帯単位） _____ 円
			<input type="checkbox"/> その他（ ）	国保（世帯単位） _____ 円	多数 _____ 回目
			<input type="checkbox"/> 委任状	支払決定額 _____ 円	
			<input type="checkbox"/> 当国保組合の被保険者証		

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		被保険者証記号番号		診療年月	
富建		-		令和 年 月	
療養を受けた方①	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		個人番号			
	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	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		個人番号			
	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	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		個人番号			
	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 _____ ④ に委任いたします。 令和 年 月 日 〒 - _____ 組合員の個人番号 _____ （組合員）住 所 _____ （組合員）電話番号 _____ - _____ （組合員）氏 名 _____					

※印欄は地域組合で確認のうえ記入してください。

※身元確認		確認書類		国保記入欄			
確認者	<input type="checkbox"/> 地域組合 <input type="checkbox"/> 建設国保	組合員 番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ		
	氏名 _____		<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		
届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人	届出人 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	高齢者（個人単位） _____ 円	回数		
			<input type="checkbox"/> 運転免許証	高齢者（世帯単位） _____ 円	その他 _____ 回目		
			<input type="checkbox"/> その他（ ）	国保（世帯単位） _____ 円	多数 _____ 回目		
		代理人 氏名 _____	<input type="checkbox"/> 委任状	支払決定額			円
			<input type="checkbox"/> 当国保組合の被保険者証				