

組合記入欄	保険給付費支給決定	並	支払伺	適除		区分	(2) 前期高齢	以前該当(月)は不支給月
	支給金額		支払通知書番号	合算	単独		(3) 70歳一般	(4) 70歳一定
	金	円		¹ 多数該当 ² その他	³ 多数該当 ⁵ 入院 ⁶ その他(外来のみ)		(5) 未就学	支給 回目

国民健康保険高額療養費支給申請書

※裏面の注意事項によって以下へご記入ください。

(平成 年 月診療分)		入院・外来・調剤・歯科・ 特例半額 介護合算 ⁸	
申請全てに○を付けてください。			
①被保険者証の記号番号	②療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	フリガナ	④組合員との続柄
— —		昭・平 年 月 日	
	③個人番号 (マイナンバー)		
⑤療養を受けた病院・診療所・薬局等		⑥⑤の所在地	
⑦傷病名		⑧⑤の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間
⑨⑧の期間に受けた療養に対し支払った額	円	⑩12か月以内に支給のある場合、その診療月	月 ~ 月 月 ~ 月
⑪備考			

**【添付書類】課税(所得の分かる)証明書及び領収書のコピー
上記のとおり申請します。**

平成 年 月 日

正組合員 住 所

氏 名 ㊟

個人番号 (マイナンバー)

(連絡先電話番号) ()

准組合員の方の申請の場合、正組合員のご署名ご捺印も必要になります。

准組合員 住 所

氏 名 ㊟

個人番号 (マイナンバー)

(連絡先電話番号) ()

(連絡先電話番号) ()

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

※各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。
 ※本組合は、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、給付および徴収業務で利用します。

注意事項

1. 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) 療養を受けた医療機関等に医科、歯科、薬局その他があるときは、それぞれ記入してください。
2. ⑧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. ⑨欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料、食事療養費、歯科で認められている差額徴収額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、医療機関等で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. **領収書のコピー**を、この申請書に添付してください。
5. 当年8月診療分から、翌年7月診療分までは、**当年度の課税（所得）証明書**を、又、当年7月診療分以前分には、**前年度の課税（所得）証明書**を、医師国保加入の世帯全員分この申請書に添付してください。（源泉徴収票不可）
所得額が無い方に限り、非課税証明書を添付してください。
(以前に一度添付されたことがありましたら、備考欄にその旨を明記し、添付は省略できます。)