

決	裁	理事	常務理事	事務局長	課長	係長	主任	担当者	
支出費目		款	保険給付費	項	高額療養費	目	高額療養費	節	負担金補助及び交付金
支給(出)金額		¥		資格取得	年 月 日		受付No.		
起 案 備 考	所得	A	1. 一定以上	2. 一般	3. 低II	4. 低I		保険料	月
		B	1. 一定以上	2. 一般	3. 低II	4. 低I			
	区分	C	ア. 901万超 エ. 210万以下	イ. 600万超~901万以下 オ. 非課税世帯	ウ. 210万超~600万以下		多数該当	年 月 診療分	
		D	a. 単独	b. 合算	c. 多数該当	d. 合算多数		年 月 診療分	
限度額	円+(円 - 円)×1%= 円								

高額療養費支給申請書 (年 月 診療分)

被保険者証の記号・番号		建国	枝番	組合員の氏名	
個人番号					
療養を受けた者の氏名・生年月日	療養を受けた医療機関名	療養を受けた期間及び日数	医療機関等で支払った金額		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		
年 月 日生		年 月 日 日間	円		

上記のとおり申請します。

年 月 日

組合員 住所
氏名

大阪建設国民健康保険組合理事長殿

送金方法にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 (振込手数料はかかりません)			
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号 (右詰めでご記入ください。)	
	フリガナ	1	0	1
	氏名 (組合員本人に限る)			
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行 (振込手数料は差し引いて振込みます。)			
	銀行名	銀行・信用金庫	支店	
	預金種類	普・当座・()	口座番号	
	フリガナ			
	氏名 (組合員本人に限る)			
	<input type="checkbox"/> 支部窓口			

組合記載欄	支給日	年 月 日
-------	-----	-------

(注)この欄は記入しないこと。

※黒枠に必要事項を記入して下さい