

H27年1月以降の受診分
についての申請用

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

2 多数該当 3 世帯合算 4 多・世帯合算

記号・番号	全 歯	療養を受けた 被保険者の 氏名, 生年月日	年 月 日			組 合 員 との続柄	
傷 病 名							
療養を受けた病院 診療所・薬局等 の名称及び所在地		名 称					
		所 在 地					
療養を受けた期間		年 月 日から同月 日まで			日間		
療養に対し病院 等で支払った額						円	
業務上・外、第三者行為 (交通事故等)の有無		1. 業務上		2. 第三者行為(交通事故等)		3. その他	
所 得 の 区 分		区分ア	<input type="checkbox"/> 区分ア(旧ただし書所得901万円超)と認め、 所得に関する書類を添付しません。				
		区分イ	<input type="checkbox"/> 区分ア(旧ただし書所得901万円超)に該当しない者として、 所得に関する書類を添付いたします。				
		区分ウ	<input type="checkbox"/> 所得に関する書類は既に提出済です。				
		区分エ	<input type="checkbox"/> 市町村に所得情報を照会することに承諾する。 (該当する箇所にチェックしてください。)				
		区分オ					
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 〒 組 合 員 住 所 (申請人) 氏 名 電話番号 (— —) 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿		必ず 記入	(フリガナ)				
			振 込 先	銀行・信金 信組・農協		店 出張所	
			口座種別番号	普 当			
			(フリガナ)				
			通 帳 名 義				

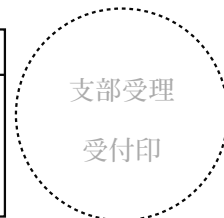
27.04

支給金額	
	円

係



支部長	支部常務	係



領収書添付 有・無