

国民健康保険高額療養費支給申請書

支 部	国保組合

※太枠内はすべて記入してください。申請1枚につき1カ月分です。 (年 月診療分)

被保険者記号・番号		9 1 - -		
① 療養を受けた方の	氏 名			
	生年月日			
② 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	名 称			
	所 在 地			
③ 療養を受けた期間 (暦月ごとに申請)	年 月 日から 同 月 日まで 日間	年 月 日から 同 月 日まで 日間	年 月 日から 同 月 日まで 日間	
④ 上記期間に病院等に支払った金額(領収証コピー添付)				
⑤ 療養の原因 (負傷の場合は負傷原因届に原因を詳しく記入)	1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	
⑥ 傷病名				
備 考 (領収証のコピーを添付できない場合は支払った金額を④に記入)				

支 給 歴	年 月診療分	年 月診療分	年 月診療分
-------	--------	--------	--------

上記の通り申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

東京土建国民健康保険組合 理事長殿

申 請 日	年 月 日	
組 合 員 (申請者)	住 所	(〒 -) 電話 ()
	氏 名	

組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

組合員死亡に伴い、私が申請した高額療養費の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して、一切ご迷惑をおかけしません。

相続人代表者氏名 (受取人)		組 合 員 との続柄	
住 所		(〒 -) 電話 ()	
振 込 先	口 座 名 義		
	ゆうちょ銀行口座番号	-	
	銀行等口座番号	銀 行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農 協・漁 協	支 店
1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			

上記に記入の上、組合員との関係が分かる書類(戸籍謄本・遺言書の写し等)を添付してください。 2022.05

個人番号(マイナンバー)記入欄を忘れずにご記入ください。1〜3枚目を合わせてご提出ください。

【注意】 申請ごとに組合員の身元確認書類と番号確認書類の提示が必要です（郵送で申請する場合は写しを添付してください）。また、療養を受けた方が組合員以外で、かつ今回初めて国保組合に個人番号を届け出る場合は、療養を受けた方の番号確認書類の写し（下記参照）の添付も必要となります。

<p>番号確認書類</p> <p>下記のいずれか一つ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの) <input type="checkbox"/> 通知カード (記載事項に変更がないもの) 	<p>身元確認書類 (AまたはB)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A(下記のいずれか一つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真付) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>B(Aがない場合、以下のいずれか二つ)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<p>A(下記のいずれか一つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真付) 	<p>B(Aがない場合、以下のいずれか二つ)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし)
<p>A(下記のいずれか一つ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真付) 	<p>B(Aがない場合、以下のいずれか二つ)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) 		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍の附票 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) 				

個人番号(マイナンバー)をそれぞれご記入ください(申請時に死亡している場合は不要です)

組合員の個人番号(マイナンバー)	
------------------	--

【下欄に療養を受けた方の氏名及び個人番号(マイナンバー)をご記入ください(申請時に死亡している場合は不要です)】

※組合員本人の場合は不要

氏名	
----	--

氏名	
----	--

氏名	
----	--

※【個人情報の取扱いについて】 この申請書により取得した個人情報（要配慮個人情報含む）は、東京土建国民健康保険組合が適切に管理し、被保険者資格の適用、保険給付など個人情報保護方針に掲げた利用目的以外には使用いたしません。また、これにより取得した被保険者の情報の一部を東京土建一般労働組合及びどけん共済会と共同利用します。なお、個人情報保護方針は、ホームページ等で掲載しています。

※【個人番号の利用目的について】 当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において利用します。

----- 組合員の方は以下記入不要です -----

支部で控えをとる際は、このページは複写できませんので、ご注意ください。

【支部記入欄】

本人確認欄(確認した書類をチェックしてください)			
番号確認 (以下のいずれか1つ)	身元確認A (以下のいずれか1つ)	身元確認B (Aがない場合、以下のいずれか2つ以上)	支部受付・確認
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真なし) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	
<input type="checkbox"/> 通知カード (記載事項に変更がないもの)	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 戸籍の附票	
<input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 医療受給者証	
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	
	<input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真付)	<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	

【国保組合記入欄】

	登録	確認
個人番号		

〔負傷原因届〕

① いつ	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
② どこで	(現場・自宅・その他)
③ 何をして いる時	
④ どのよう にして負 傷したか	

⑤ 以下の1～5の中で該当する番号に○をし、必要なところに記入・☑をしてください。

1. 私用の負傷

2. 工作中的負傷
(通勤途中も含む)



その時の仕事の実態	<input type="checkbox"/> 元請	<input type="checkbox"/> 下請	<input type="checkbox"/> 手間請	<input type="checkbox"/> 職人
その時の仕事の材料	<input type="checkbox"/> 元請もち	<input type="checkbox"/> 施主もち	<input type="checkbox"/> 自分もち	
労災保険の特別加入	<input type="checkbox"/> 支部で加入	<input type="checkbox"/> 他組合で加入	<input type="checkbox"/> 加入していない	
常時勤務の 事業所名	[電話番号 ()]			

3. 交通事故の負傷

相手が	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない	
事故が発生したのは	<input type="checkbox"/> 工作中	<input type="checkbox"/> 通勤途中	<input type="checkbox"/> 私用中

4. 他人(第三者)による負傷

相手が	<input type="checkbox"/> わかっている	<input type="checkbox"/> 不明
-----	---------------------------------	-----------------------------

5. その他

[]
