

# 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ヶ月分です。 (      年      月診療分)

被 保 険 者 証	記号・番号	9 1 -      -		
① 療養を受けた方の	氏 名	男 女	男 女	男 女
	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 <span style="float: right;">㊟</span>

\*申請書に記入した内容を訂正する場合は、訂正したところに捺印してください。

**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。

申 請 者 氏 名		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・捺印の上、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。

個人番号記入欄を忘れずに記入ください。1〜3枚目を合わせて提出ください。



# 〔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

--