

受付	支 部	国保組合

国民健康保険高額療養費支給申請書

太枠内はすべて記入して下さい。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	91 -	番 号	
療養を受け た方の	氏 名	男 女		男 女	男 女
	生年月日				
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				
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	
上記期間に病院等に支払 った金額(領収書コピー添付)					
療養の原因(負傷の場 合は別紙に詳しく記入)		1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	1. 病 気 2. 負 傷	
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 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。支給される金額は、先に届け出た郵便貯金口座に振り込んで下さい。
平成 年 月 日

東京土建国民健康保険組合 理事長 殿

組 合 員 (申 請 者)	住 所	(〒 -) 電話 ()
	氏 名	印

*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下さい。

組合員本人が死亡し法定相続人が申請する場合は、下記に記入・捺印し、組合員との関係がわかる書類を添付して下さい。

申請者氏名	印	組合員との続柄	
住 所	(〒 -)	電話	()
振 込 先	口座名義		
	郵便局口座番号	記号	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	
	1. 普通	2. 当座	3. 貯蓄

〔負傷原因届〕

いつ	年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
どこで	(現場・自宅・その他)		
何をして いる時	----- -----		
どのよう にして負 傷したか	----- ----- -----		
1. 工作中 通勤途中	} の負傷	その時の仕事の実態 (元請・下請・手間請・職人) その時の仕事の材料 (元請・下請・手間請・職人) 労災の特別加入 (1. 支部で加入 2. 他組合で加入 3. 加入していない)	
		事業所名 (電話 ())	
2. 交通事故		相手が (いる・いない) 事故が発生したのは (工作中・通勤途中・私用中)	
3. 第三者 (他人) による負傷		相手が (わかっている・不明)	
4. その他			