

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分) …… 暦月毎に申請書を提出してください。

被保険者証記号番号	宮医 A	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	組合員との続柄	才
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				
の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日より 年 月 日まで	日間	の期間中に病院等に支払った金額	円	
被保険者証記号番号	宮医 A	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	組合員との続柄	才
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				
の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日より 年 月 日まで	日間	の期間中に病院等に支払った金額	円	
被保険者証記号番号	宮医 A	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	組合員との続柄	才
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				
の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日より 年 月 日まで	日間	の期間中に病院等に支払った金額	円	

該当する所得区分にチェックしてください

医師国保加入者で同一世帯に属する方の総所得等 - 基礎控除330,000円の合計額が、
 901万円超の世帯……添付書類は不要です。
 901万円以下の世帯……源泉徴収票、確定申告書(写)、所得証明のいずれかを添付願います。
 非課税世帯の方……非課税証明書を添付願います。

送金先	銀行名	銀行		支店	備考
	預金種目	普・当・貯	口座番号		
	(フリガナ) 名義人氏名				
送金先名義が、組合員と違う場合は、別途委任状の添付が必要となります。					

上記のとおり申請します。		平成 年 月 日
組合員	住所	〒 -
	氏名	印
	電話番号	- -
宮城県医師国民健康保険組合理事長 殿		D L

領収証(写し可)を必ず添付してください。
 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。