

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 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・平・令 年 月 日	組合員との続柄	才
① 傷病名					
② 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				
③ ②の病院等で療養を受けた期間	令和 年 月 日より 年 月 日まで	日間	④ ③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・平・令 年 月 日	組合員との続柄	才
① 傷病名					
② 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				
③ ②の病院等で療養を受けた期間	令和 年 月 日より 年 月 日まで	日間	④ ③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・平・令 年 月 日	組合員との続柄	才
① 傷病名					
② 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				
③ ②の病院等で療養を受けた期間	令和 年 月 日より 年 月 日まで	日間	④ ③の期間中に病院等に支払った金額	円	
送金先	銀行名	銀行		支店	備考
	預金種目 (フリガナ)	普・当・貯	口座番号		
	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。					
令和 年 月 日					
〒					
組合員 住所					
氏名					
電話番号					
宮城県医師国民健康保険組合理事長 殿					

※ 自己負担限度額の判定に必要な所得(課税)情報は、組合が市町村との情報連携により、取得する為、原則提出の必要はございません。

※ 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。