（様式２９号）

H27年1月以降の受診分についての申請用

国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

2　多数該当　　3　世帯合算　　4　多・世帯合算

被保険者証 記号・番号	全歯	療養を受けた被保険者の氏名，生年月日	年　月　日	組合員との続柄	
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				
療養を受けた期間	年　月　日から同月　日まで　日間				
療養に対し病院等で支払った額	円				
業務上・外、第三者行為（交通事故等）の有無	1. 業務上　2. 第三者行為（交通事故等）　3. その他				
所得の区分	区分ア 区分イ 区分ウ 区分エ 区分オ	□区分ア（旧ただし書所得901万円超）と認め、所得に関する書類を添付しません。 □区分ア（旧ただし書所得901万円超）に該当しない者として、所得に関する書類を添付いたします。 □所得に関する書類は既に提出済です。 □市町村に所得情報を照会することに承諾する。 （該当する箇所にチェックしてください。）			

上記のとおり申請いたします。

年　月　日

〒

組合員（申請人）　住所

氏名　　㊞　※自署の場合は押印省略可

電話番号（　　―　　―　　）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

必ず記入			
	（フリガナ）		
	振込先	銀行・信金 信組・農協	店 出張所
	口座種別番号	普・当	
	（フリガナ）		
	通帳名義		

27.04

支給金額	円

係

本部受理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

領収書添付　有・無

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。