

(様式12号)

令和 年 月 日 支給

支部長印	
------	--

費用額	保険者負担額	指定公費	現物	一部負担額	負担限度額	支給額

高額療養費支給申請書 (令和 年 月 診療分)

担当者

①	被保険者証 記号・番号	宮 建 A	②	組合員氏名	
③	受診者 (該当項目に○)	組合員 ・ 家族	組合員 ・ 家族		
	受診者の氏名				
	受診者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
④	入院・通院 (該当項目に○)	入院 ・ 通院	入院 ・ 通院		
⑤	療養を受けた 医療機関等の	名称			
		住所			
⑥	⑤の医療機関等で 療養を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 日までの 日間	令和 年 月 日から 同月 日までの 日間		
⑦	⑥の期間に受けた療養に対し 医療機関に支払った金額	円	円		
⑧	発症又は負傷の理由 (ケガ等の場合は該当に○をつけ、いつ、どこ で、どのような状況でケガしたか、ご記入下さい)	1:第三者行為 2:その他(自損事故・疾病等) ※原因により、支給できない場合があります。	1:第三者行為 2:その他(自損事故・疾病等) ※原因により、支給できない場合があります。		

診療月以前の12か月の間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合は、直近3ヶ月分の診療月をご記入ください。

1	令和 年 月	2	令和 年 月	3	令和 年 月
---	--------	---	--------	---	--------

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(希望者は□にチェック) ※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。			
	金融機関		支店名	
	預金の種類	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むことになります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・上記医療機関に支払った領収証の写し ・被保険者全員の課税所得証明書等の原本(詳しくは裏面をご確認ください)
----------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 電話番号

受付印

組合員 住所

フリガナ

氏 名 (印)

(申請先)宮城県建設業国民健康保険組合理事長

本申請に必要な書類

● 被保険者全員分の「課税所得証明書等」が必要です。

「所得額・控除額・課税額」が全て記載されているものがが必要です。

※中学生以下の被保険者がいる場合は、組合員が記載した下記の無収入証明書でも可能です。

※扶養控除を受けている方の分は、確定申告書(第1表・第2表)の写し、または源泉徴収票の写しでも可能です。

被扶養者の名前が記載されていることをご確認ください。

課税所得証明書等の名称はお住まいの市町村により異なりますのでご注意ください。

※1月1日時点でお住まいの市区町村発行の証明書が必要です。

受診した月により課税所得証明書等の対象年度が異なりますのでご注意ください。

例図

診療月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
必要年度	前年度の課税所得証明書等 (前々年の1月から12月の所得)							今年度の課税所得証明書等 (前年の1月から12月の所得)				

※年度違いの課税所得証明書等を提出された場合は、申請を受理することができません。

無収入証明書

以下の者は、所得の対象となる期間は中学生以下で、令和____年度(令和____年所得分)は無収入であることを証明します。

※所得の対象となる期間に高校生になっている方は、課税所得証明書等(所得額・課税額・控除額が全て記載されているもの)が必要です。

氏名	生年月日
	平成・令和 年 月 日

令和 年 月 日

組合員名

