

高齢受給者一部負担金差額支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

全国土木建築 国民健康保険組合 高齢受給者一部負担金差額支給申請書

提出区分 ① 申請者から直接 ② 事業所を経由

◎組合員（または遺族である申請者）が署名または、記名、押印してください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

○ 組合員（申請者）に関する項目

被保険者証記号・番号	71-1505	942	氏名	北村 知久 印
個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△△△			
住所	〒270-0001 松戸市新松戸次北町5-6			
電話番号	(0242) 01-0173 ① 自宅・2 携帯・3 その他()			
申請年月日	平成△△年△△月△△日	事業所名	平河土木株式会社	
申請者区分	① 組合員 ② 組合員の遺族の方 (組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合)			
申請者	氏名	個人番号	住所	電話番号
組合員が申請者の場合は、記入不要です。				1 自宅・2 携帯・3 その他()

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。(「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。)

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合(組合員の遺族の方が申請される場合)のみ記入してください。

◎上の療養期間中に支払った一部負担金(保険診療の対象とならない費用を除く。)を記入のうえ、領収書を添付してください。

○ 申請内容に関する項目

受診者が組合員(申請者)である場合、「個人番号」欄は記入不要です。

受診者氏名	北村 知太郎	生年月日	③ 昭 4 平 18 年 5 月 15 日
個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△△△		
傷病名	高血圧症	療養期間	入院 平成△△年9月20日から平成△△年9月21日まで 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
一部負担金支払額	18,630 円	上記療養期間中に支払った一部負担金(保険診療の対象とならない費用を除く。)を記入し、診療を受けた保険医療機関等の領収書を添付してください。	
保険医療機関等の名称・所在地	都築医院 松戸市中央区新川2-1-7	高齢受給者証の未提出理由等	旅行先で体調を崩し、帰国後は帰国しては提示できなかったが、高齢受給者証を提示できず苦痛負担となったため。医療機関等の窓口へ高齢受給者証を提出できなかった理由又は差額(一部負担金)を支払った理由を記入してください。

◎暦月単位で記入してください。複数の月にまたがる場合は、申請書も各月ごとに作成のうえ提出してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任(代理人を通じての受領)を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

○ 受領方法、振込先等

この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。

① 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します。)

② 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。

受領方法	① ②	平成 年 月 日	組合員 氏名 印	住所
代理人	氏名	住所	電話番号	1 自宅・2 携帯・3 その他()
代理人	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。(押印不要)	住所	電話番号	
振込先	金融機関名称	支店名称	コード	
	DKH銀行	松戸支店	777	
	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)	
	① 普通(総会を含む)・2 当座	0135790	(キタムラトモヒサ 北村 知久)	

◎高齢受給者証を保険医療機関等の窓口へ提出することができなかった理由又は差額(一部負担金)を支払った理由を具体的に記入してください。

◎「2」の場合は組合員(または遺族である申請者)が記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合(代理人への受領委任を希望される場合)のみ記入してください。

◎振込先を記入してください。(事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。)記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写を添付してください。(その場合、この欄は記入不要です。)

◎事業主への受領委任を希望される場合、
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入のうえ、押印してください。
② 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。(押印不要)
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 高齢受給者一部負担金の差額支給について
一般所得者又は低所得者と判定され、一部負担金の割合が10分の2とされている70歳以上の被保険者が、病(医)院等で療養の給付を受けた場合において、その療養の給付に要する費用の10分の3に相当する額を一部負担金として支払った場合に、その差額を支給します。

◎ 添付書類について
一部負担金の差額の支給を受けようとするときは、この申請書に病(医)院の領収書を添付して提出してください。