

新潟県建築国民健康保険組合 様

「高額療養費自己負担限度額」判定申請書

記号番号		新 建	
被保険者氏名	区分	生年月日	備 考
	組合員	昭・平・令 年 月 日	—
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他
	家 族	昭・平・令 年 月 日	学生等・その他

※世帯全員の氏名と生年月日を記入のうえ、家族が学生・生徒・児童・乳幼児の場合は備考欄の「学生等」に○を、それ以外の場合は「その他」に○付けてください。

組合員 住 所 _____
 氏 名 _____