

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

被保険者証記号・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 \_\_\_\_\_