

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年	月	日から	年	月	日まで		枚中		枚目
--------	----	-------------	---	---	-----	---	---	-----	--	----	--	----

フリガナ											保険者加入歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号					
申請者氏名												1			年 月 日から 年 月 日まで								
生 年 月 日	年 月 日 生											2			年 月 日から 年 月 日まで								
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号						個人番号						3			年 月 日から 年 月 日まで								
計算の対象となる加入期間		年 月 日 から 年 月 日まで										計算期間の末日において加入する医療保険者の名称											
支給方法	振込口座 記 入 欄	銀 行		信用金庫		金融機関コード		本 店 支 店 出張所		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ					
1. 窓口払い 2. 口座振込		信用組合		協同組合										1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他							口座名義人		

フリガナ											保険者加入歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号					
世帯員氏名												1			年 月 日から 年 月 日まで								
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号						個人番号						2			年 月 日から 年 月 日まで								
生 年 月 日	年 月 日 生											3			年 月 日から 年 月 日まで								
計算の対象となる加入期間		年 月 日から 年 月 日まで																					

フリガナ											保険者加入歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号					
世帯員氏名												1			年 月 日から 年 月 日まで								
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号						個人番号						2			年 月 日から 年 月 日まで								
生 年 月 日	年 月 日 生											3			年 月 日から 年 月 日まで								
計算の対象となる加入期間		年 月 日から 年 月 日まで																					

備考												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

{	市長 殿										申請年月日		年 月 日	
	外来年間合算の支給を申請します。												郵便番号	
	自己負担額証明書の交付を申請します。												住所	
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、										・ のいずれも丸で囲んで下さい。		申請者氏名		
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、										のみを丸で囲んで下さい。		電話番号		