

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						
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。															
1. 窓口払い 2. 口座振込	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		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. 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	申請年月日	年	月	日
	殿				
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、 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、			申請者氏名		
			電話番号		

世帯主以外の方が届出される場合は、下記の委任状を記入してください。		
委任状		
申請について、左記のとおり委任します。		
受任者住所 _____		
受任者氏名 _____		
委任者氏名 _____		
(世帯主)		