

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 殿	申請年月日	年 月 日
外来年間合算の支給を申請します。 自己負担額証明書の交付を申請します。 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。 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。		郵便番号 住所 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)	