

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（世帯主）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）。※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <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、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		

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状		世帯主氏名	
		(申請者)	
国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。		代理人住所	
		代理人氏名	個人番号