

(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（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 様 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) _____ 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 個人番号 _____					
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。																	