

(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。												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 _____											