

健康保険 高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請区分 自己負担額証明書の交付申請 高額療養費(外来年間合算)の支給申請

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
フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		
申請者氏名			1			年	月	日から
生年月日	年	月	日			年	月	日まで
性別			2			年	月	日から
被保険者の記号・番号	-		3			年	月	日まで
加入期間	年	月	日から	年	月	日	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称	
フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		
被扶養者氏名			1			年	月	日から
生年月日	年	月	日			年	月	日まで
性別			2			年	月	日から
加入期間	年	月	日から	年	月	日	年	月
			3			年	月	日まで
フリガナ			保険者加入歴	保険者名		加入期間		
被扶養者氏名			1			年	月	日から
生年月日	年	月	日			年	月	日まで
性別			2			年	月	日から
加入期間	年	月	日から	年	月	日	年	月
			3			年	月	日まで
振込口座	銀行	店番	金額の受領を委任するときに記入するところ					
	信用金庫		本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。					
		口座番号	年	月	日			
	本店		被保険者(申請者) 氏名					
	支店							
	口座名義人氏名							
	フリガナ	委任された者の事業所名						
	氏名	住所・名称						