

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		<input type="checkbox"/> 自己負担額証明書の交付申請		<input type="checkbox"/> 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	年 月 日まで
生年月日	年 月 日	2		年 月 日から	年 月 日まで
性別		3		年 月 日から	年 月 日まで
被保険者の記号・番号	-	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
加入期間	年 月 日から 年 月 日				
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	年 月 日まで
生年月日	年 月 日	2		年 月 日から	年 月 日まで
性別		3		年 月 日から	年 月 日まで
加入期間	年 月 日から 年 月 日			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	
被扶養者氏名		1		年 月 日から	年 月 日まで
生年月日	年 月 日	2		年 月 日から	年 月 日まで
性別		3		年 月 日から	年 月 日まで
加入期間	年 月 日から 年 月 日			年 月 日から	年 月 日まで
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)					
注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
振込口座		店番	金額の受領を委任するときに記入するところ		
	銀行 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 支店		被保険者(申請者)	氏名	
	フリガナ 氏名	口座名義人氏名	委任された者の事業所名 住所・氏名		