

部長	課長	係長	係員

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	平成 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		2		年 月 日まで
性別	男・女		3		年 月 日から
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	保険者加入歴	保険者名	加入期間
フリガナ			1		年 月 日から
被扶養者氏名			2		年 月 日まで
生年月日	年 月 日		3		年 月 日から
性別	男・女				年 月 日まで
加入期間	年 月 日から	年 月 日	保険者加入歴	保険者名	加入期間
フリガナ			1		年 月 日から
被扶養者氏名			2		年 月 日まで
生年月日	年 月 日		3		年 月 日から
性別	男・女				年 月 日まで
加入期間	年 月 日から	年 月 日	金額の受領を委任するときに記入するところ		
振込口座	銀行	種別	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。		
	信用金庫	普通当座貯蓄	店番	平成 年 月 日	
			口座番号	被保険者(申請者) 氏名	
	本店支店		口座名義人氏名	委任された者の事業所名	
	フリガナ氏名			住所・名称	