

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 checked="" type="checkbox"/> ①高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	
申請年月日 2019年2月20日				

申請対象年度	2017 年度	対象となる計算期間	2017年8月1日 から 2018年7月31日 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	----------------	-----------	---	----------	-----------	----------	-----------

フリガナ	ダイニチ タロウ			保険者加入歴 ※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者氏名	大日 太郎				1	計算期間中、保険者に変更があった場合のみ記入	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	1964 年 7 月 2 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の記号・番号	111-22345				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	1985年4月10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 ※2			記入不要	

フリガナ	ダイニチ ウメ			保険者加入歴 ※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
被扶養者氏名	大日 ウメ				1	計算期間中、保険者に変更があった場合のみ記入	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	1947 年 6 月 10 日生	性別	女		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	2009年4月1日から 年 月 日まで				3		年 月 日から 年 月 日まで	

正確な日付がわからない場合は未記入可

フリガナ				保険者加入歴 ※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名					1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別			2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				3	年 月 日から 年 月 日まで	

備考	(注意) 下記の振込口座欄は任意継続被保険者及び被保険者資格喪失者のみ記入してください。	受取代理人欄	本申請に基づく給付金に関する受領を次の者に委任します。 年 月 日 (委任者) 被保険者住所 東京都港区〇〇1-1-1 (被委任者) 事業所住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3 氏名 大日 太郎 事業所名称 〇〇株式会社 事業主名 〇〇 〇〇
----	--	--------	--

支給方法	振込口座記入欄	退職者及び任意継続被保険者のみ記入	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
口座振込(注)						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人