

国民健康保険 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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	計算期間の始期及び終期	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	枚中	枚目
--------	-------------	---------------------	----	----

世帯主氏名	対象者区分		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号						
生年月日	性別	1	加入期間における 受診歴	年 月 日から 年 月 日まで							
記号・番号	十和田 ・			個人番号	8月 9月 10月 11月 12月	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月					
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称										
支給方法	振込口座 記入欄	金融機関コード	銀行	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ				
1. 口座振込 2. 窓口払い			農協 金庫 組合		本店 支店 営業部	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	口座名義人				

世帯員氏名	対象者区分		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号						
記号・番号	十和田	個人番号	2	年 月 日から 年 月 日まで							
生年月日	性別	加入期間における 受診歴		8月 9月 10月 11月 12月	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月						
加入期間											

世帯員氏名	対象者区分		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号						
記号・番号	十和田	個人番号	2	年 月 日から 年 月 日まで							
生年月日	性別	加入期間における 受診歴		8月 9月 10月 11月 12月	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月						
加入期間											

備考										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日 令和 年 月 日										
① 高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。	郵便番号									
② 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、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。	世帯主氏名									
高額療養費（外来年間合算）の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	電話番号									