

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

申請区分	<input type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。	申請対象年度	令和 年度	対象となる計算期間	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。						

フリガナ				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				保険者加入歴	1 年 月 日 から 年 月 日 まで	
申請者住所	〒 - 電話 ()				2 年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女		3 年 月 日 から 年 月 日 まで	
被保険者等 記号・番号	-	加入 期間	年 月 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		

フリガナ				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				保険者加入歴	1 年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女		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	

フリガナ				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				保険者加入歴	1 年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女		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	受取代理人の欄		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 - 電話 ()

振込希望口座	支払区分	金融機関	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	フリガナ

社会保険労務士記載欄	申請年月日 令和 年 月 日	受付年月日
------------	----------------	-------