

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	令和 ○ 年度	計算期間の始期及び終期	令和 ○ 年 8 月 1 日から 令和 ○ 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	---------	-------------	------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	ケンボ タロウ	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	健保 太郎	1 2 3 保険者加入歴 ※1	年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで	上記計算期間内に他の医療保険者に参加した期間がある方のみ記入してください		
生年月日	昭和× 年 × 月 × 日 生 性別 男					
被保険者等記号・番号	9999 - XXXX					
加入期間	○年 8 月 1 日から ○年 7 月 31 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				
支給方法	振込口座記入欄	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	銀行 信用金庫 信用組合			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人

フリガナ	ケンボ ハナコ	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	健保 花子	1 2 3 保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで	上記計算期間内に他の医療保険者に参加した期間がある方のみ記入してください
生年月日	昭和× 年 × 月 × 日 生 性別 女			
加入期間	○年 8 月 1 日から ○年 7 月 31 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		1 2 3 保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日 生 性別			
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで			

委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 ×× 年 × 月 × 日請求した高額療養費（外来年間合算）の受領方を委任します。				備考
	令和 ××年 × 月 × 日	※委任払いの場合は押印が必要です。			
	被保険者の 住所 東京都渋谷区渋谷〇〇〇 氏名 健保 太郎 	代理人の 住所 東京都渋谷区西〇〇〇 氏名 〇〇セメント株式会社 総務部長 武蔵 力 			

セメント商工 健康保険組合理事長 殿	申請年月日	年 月 日
① 外来年間合算の支給を申請します。	郵便番号	150-0000
② 自己負担額証明書の交付を申請します。	住所	東京都渋谷区渋谷〇〇〇
※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。	申請者氏名	健保 太郎
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	03-0000-XXXX