

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	年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から 年 月 日まで		枚中		枚目	
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（世帯主） 氏名				1	年 月 日から 年 月 日まで			
生年月日	年 月 日 生			2	年 月 日から 年 月 日まで			
被保険者 記号・番号	個人番号			3	年 月 日から 年 月 日まで			
計算の対象となる加入期間	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					
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
1. 窓口払い 2. 口座振込	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
フリガナ				1.	普通預金			
世帯員氏名				2.	当座預金			
被保険者 記号・番号	個人番号			9.	その他			口座名義人
生年月日	年 月 日 生			保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
計算の対象となる加入期間	年 月 日から	年 月 日まで	1	年 月 日から 年 月 日まで				
フリガナ				2	年 月 日から 年 月 日まで			
世帯員氏名				3	年 月 日から 年 月 日まで			
被保険者 記号・番号	個人番号			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	年 月 日 生			1	年 月 日から 年 月 日まで			
計算の対象となる加入期間	年 月 日から	年 月 日まで	2	年 月 日から 年 月 日まで				
3	年 月 日から 年 月 日まで			保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	

備考

(あて先) 高浜市長

申請年月日

年 月 日

郵便番号

住所

申請者氏名

電話番号

① 外来年間合算の支給を申請します。

② 自己負担額証明書の交付を申請します。

※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。

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。

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名 _____
 (申請者)
 代理人住所 _____
 代理人氏名 _____ 個人番号 _____