

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	年 月 日から	年 月 日まで		枚中	枚目
--------	--	-------------	---------	---------	--	----	----

フリガナ					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						
申請者氏名					保険者加入歴	1					年	月	日から											
生年月日				性別		2					年	月	日から											
記号・番号				個人番号						加入期間における受診歴		年	8月	9月	10月	11月	12月	年	1月	2月	3月	4月	5月	6月
加入期間	年 月 日まで			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																	
支給方法	振込口座 記入欄	銀行		金融機関コード		本店		店舗コード	種目		口座番号				フリガナ									
1. 窓口払い 2. 口座振込		信用金庫				支店			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他						口座名義人									

フリガナ					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						
世帯員氏名					保険者加入歴	1					年	月	日から											
記号・番号				個人番号		2					年	月	日から											
生年月日				性別						加入期間における受診歴		年	8月	9月	10月	11月	12月	年	1月	2月	3月	4月	5月	6月
加入期間	年 月 日から			年 月 日まで																				

フリガナ					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						
世帯員氏名					保険者加入歴	1					年	月	日から											
記号・番号				個人番号		2					年	月	日から											
生年月日	年 月 日生			性別						加入期間における受診歴		年	8月	9月	10月	11月	12月	年	1月	2月	3月	4月	5月	6月
加入期間	年 月 日から			年 月 日まで																				

福井市長 あて 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○で囲んでください。 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを○で囲んでください。	申請年月日 令和 年 月 日 郵便番号 _____ 住所 _____ 申請者氏名 _____ 電話番号 _____
--	---

受取人名義委託口 困申請に基づく給付金の受領を、上記振込先名義人に委任します。申請者と口座名義人との続柄 ()
 申請者と振込先の口座名義人が異なる場合には、□にレ点をつけてください。