

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			保険者加入歴				
申請者氏名				1	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別		2	年 月 日 から	年 月 日 まで	
被保険者証の記号・番号				※1 3	年 月 日 から	年 月 日 まで	
加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				
振込口座記入欄	□マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通預金		口座名義人		

フリガナ			保険者加入歴	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	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別		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 3	年 月 日 から	年 月 日 まで	

フリガナ			保険者加入歴	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	年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別		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 3	年 月 日 から	年 月 日 まで	

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
 被保険者のマイナンバー記入欄 ()

備考

中部アイティ産業健康保険組合 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

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。

申請者氏名

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