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

			(保険石記人懶)				文桁中謂書登理畬方			
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							
申請者氏名			一 者 加			年	月 日 から 月 日 まで			
生年月日	年 月 日	生性別	入 歴 2			年	月 日 から 月 日 まで			
被保険者証の記号	·番号		※ 1 3			年 年	月 日 から 月 日 まで			
加入期間 年月日から 年月日まで			計算期日	計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2						
	□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	場合は下記の構	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。	
振込口座記入机	間 ·	金融機関コード		店舗コード 種目		番号	フリガナ	フリガナ		
3X.~ A. L.	超 1	厅 車 支 品 出張	店 店 所	普通預金			口座名義人			
フリガナ	フリガナ			保険者名	2	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			一				月 日 から 月 日 まで			
生年月日	年 月 日	生性別	入。			年	月 日 から			
工十万口	7, 1		歴			年	月 日まで			
加入期間		から 年 月 日まで	歴 2 ※3 3			年 年 年	月 日 まで 月 日 から 月 日 まで			
		<u> </u>	※3 3	保険者名	<u> </u>	年 年	月 日から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間		<u> </u>	※3 3 保 除 者 1	保険者名	2	年 年 加 年	月 日 から 月 日 まで 入期間 月 日 から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間フリガナ		<u> </u>	※3 3 保 除 者 加 入	保険者名	Ξ.	年 年 加 年 年 年	月 日 から 月 日 まで 入期間 月 日 から 月 日 まで 月 日 から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名	年 月 日	から 年 月 日まで	※3 3 保険者加 1	保険者名	<u>Z</u>	年 年 年 年 年	月 日 から 月 日 まで 入期間 月 日 から 月 日 まで	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載し 被保険者のマ	年月日 年月日 年月日 年月日 番号を記入した場合は不要です。	から 年 月 日 まで 生 <u>性別</u>	※3 3 保 保 常 加 入 歴	保険者名	Ξ.	年 年 年 年 年	月 日 からで 入期間 月 日 おらで 月 日 まからでらで 月 月 日 おちで 月 日 からで 月 日 から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載	年 月 日 年 月 日 年 月 日 番号を記入した場合は不要です。 した場合は、個人番号確認、本人研	から 年 月 日 まで 生 性別 から 年 月 日 まで	※3 3 保 保 常 加 入 歴		2	年 年 年 年 年	月 日 からで 入期間 月 日 おらで 月 日 まからでらで 月 月 日 おちで 月 日 からで 月 日 から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載し 被保険者のマ 備・考	年 月 日 年 月 日 年 月 日 番号を記入した場合は不要です。 した場合は、個人番号確認、本人研	から 年 月 日 まで 生 性別 から 年 月 日 まで	※3 3 保 保 常 加 入 歴		年	年 年 年 年 年	月 日 からで 入期間 月 日 おらで 月 日 まからでらで 月 月 日 おちで 月 日 からで 月 日 から	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載し 被保険者のマ 備・考 中部アイティ産業	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 日 番号を記入した場合は不要です。した場合は、個人番号確認、本人研究イナンバー記入欄 (から 年 月 日 まで 生 性別 から 年 月 日 まで	※3 3 保 保 常 加 入 歴)申請年月日		年年年年年年	月 日日 入期間 月 日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載し 被保険者のマ 備 考 中部アイティ産業 ① 外来年間合	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 日 日 日	から 年 月 日 まで 生 性別 から 年 月 日 まで	※3 3 保 保 常 加 入 歴)申請年月日	年	年年年年年年	月 日日 入期間 月 日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	添付の自己負担額証明	書整理番号	
加入期間 フリガナ 被扶養者氏名 生年月日 加入期間 ・被保険者証の記号番・マイナンバーを記載し 被保険者のマ 備 考 中部アイティ産業 ① 外来年間合 ② 自己負担額	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 日 番号を記入した場合は不要です。した場合は、個人番号確認、本人研究イナンバー記入欄 (を健康保険組合 理事長 殿 算の支給を申請します。	から 年 月 日 まで 生 性別 から 年 月 日 まで	K K K K K K K K K K)申請年月日	年郵便番号	年年 年年 月	月 日日 入期間 月 日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	添付の自己負担額証明	書整理番号	