

年間の高額療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

申請区分 いづれかに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請(基準日保険者への申請)	申請対象年度 対象となる計算期間	令和 年度	
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請(基準日保険者以外への申請)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	



申請者に係る記入欄	フリガナ			保険加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号		
	申請者氏名				1	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで			
	申請者住所	〒	-		2	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		電話番号 (日中の連絡先)	()	3	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	
	被保険者証の 記号・番号	記号			番号		性別	男・女	計算期間の末日において加入する 医療保険者の名称

被扶養者に係る記入欄	フリガナ			保険加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号	
	被扶養者氏名				1	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		性別	男・女	備考	
	2	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで						
3	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで							

被扶養者に係る記入欄	フリガナ			保険加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号	
	被扶養者氏名				1	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		性別	男・女	備考	
	2	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで						
3	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで							

振込先指定口座	金融機関名称	・銀行・農協 ・金庫・漁協 ・信組・その他()	・本店・代理店 ・支店・本店営業部 ・出張所・本所支所
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点(・)半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。	



口座名義の区分が「2.代理人」の場合は必ず下欄に記入してください。

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日

受取代理人欄	被保険者	氏名	住所 「申請者」の住所と同じ	被保険者との関係
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()		
	氏名 (フリガナ)			

常務理事	事務長			

受付日付印

ご記入上の注意事項

1. 申請区分について

該当するいずれかに✓をしてください。

① 当組合へ高額療養費を申請する方。

② 他保険者に高額療養費を申請するため、自己負担額証明書を申請する方。

2. 申請者に係る記入欄について

・ 申請者の氏名、住所、生年月日、性別、被保険者証の記号・番号を記入してください。

・ 「保険者加入歴」欄について、計算期間中に加入していた医療保険者の保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号を記入してください。

・ 「添付の自己負担額証明書整理番号」欄について、計算期間中に加入していた医療保険者における自己負担額がない場合は、「添付なし」と記入してください。

・ 「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」について、上記申請区分で①に✓をした場合は記入不要です。

3. 被扶養者に係る記入欄について

・ 計算期間中に被扶養者であった70歳以上の方について氏名、生年月日、性別を記入してください。

・ 「保険者加入歴」欄について、申請者に係る記入欄と同様に記入してください。

4. 振込先口座欄について

・ ご希望の振込先について、金融機関名・支店名等、預金種別、口座番号(左づめ)及び口座名義人を記入してください。

なお、口座名義人が申請者と異なる場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。

5. 受取代理人について

・ 給付金の受領を代理人に委任する場合に必ず記入押印してください。

6. その他

・ 保険者加入歴や被扶養者にかかる記入欄が不足する場合は、2枚目以降の申請書に追加で記入してください。

その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。(1枚目と同じ項目については記入を省略できます。)