

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				保険者等名称	加入期間	添付の自己負担限度額証明書整理番号
申請者氏名				保険者加入歴	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別			年 月 日まで	
記号・番号	個人番号				年 月 日から	
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			
支給方法	振込口座 （銀行・支店コード）	銀行 信用金庫 農協	本店	普通預金 当座預金	口座番号	フリガナ 口座名義人
窓口払い 口座振込			支店	その他		
		()	()	()		

フリガナ				保険者等名称	加入期間	添付の自己負担限度額証明書整理番号
世帯員氏名				保険者加入歴	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別			年 月 日まで	
記号・番号	個人番号				年 月 日から	
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			

フリガナ				保険者等名称	加入期間	添付の自己負担限度額証明書整理番号
世帯員氏名				保険者加入歴	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別			年 月 日まで	
記号・番号	個人番号				年 月 日から	
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			

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。

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

印