

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	令和 2 年度	計算期間の始期及び終期	1 年 8 月 1 日 から 2 年 7 月 31 日まで	枚中	枚目
--------	---------	-------------	-------------------------------	----	----

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	
申請者氏名	健保 太郎				1	全国健康保険協会 支部	1 年 8 月 1 日 から 1 年 10 月 31 日 まで	ZZZZZZZZZZZZZZZZ
生年月日	S H 00 年 5 月 1 日 生	性別	男 · 女		2	健康保険組合	1 年 11 月 1 日 から 2 年 3 月 31 日 まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
被保険者等の記号・番号	3992-322				3	酒フーズ健康保険組合	2 年 4 月 1 日 から 2 年 7 月 31 日 まで	
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 2			
振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	本店 支店 出張所		店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
	信用金庫 信用組合	0 1 5 1			2 2 0	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	0 0 0 0 0 0 0	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	ケンボ ハナコ				1	全国健康保険協会 支部	1 年 8 月 1 日 から 1 年 10 月 31 日 まで	ZZZZZZZZZZZZZZZZ
生年月日	S H 00 年 10 月 4 日 生	性別	男 · 女		2	健康保険組合	1 年 11 月 1 日 から 2 年 3 月 31 日 まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				3	酒フーズ健康保険組合	1 年 4 月 1 日 から 1 年 7 月 31 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	S H 年 月 日 生	性別	男 · 女		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		年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考					
----	--	--	--	--	--

申請年月日 年 月 日

酒フーズ健康保険組合理事長 殿

○ 外来年間合算の支給を申請します。
 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、 ・ のいずれも丸で囲んで下さい。
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、 のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号
 住所
 申請者氏名
 電話番号

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 令和 2 年度 計算期間の始期及び終期 1 年 8 月 1 日から 2 年 7 月 31日まで 枚中 枚目

フリガナ				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	健保 太郎			1	記入不要			記入不要		
生年月日	⑤ H 00 年 5 月 1 日 生	性別	① 男 · 女							
被保険者等の記号・番号	3992-322									
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※2			〇〇健康保険組合			
振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号			フリガナ	ケンポ タロウ
	信用金庫 信用組合	0 1 5 1		2 2 0	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他	0 0 0 0 0 0 0	口座名義人	健保 太郎		

フリガナ	ケンポ ハナコ			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	健保 花子			1	記入不要			記入不要		
生年月日	⑤ H 00 年 10 月 4 日 生	性別	男 · ② 女							
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで									

フリガナ				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						
生年月日	S H 年 月 日 生	性別	男 · 女							
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで									

備考										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日 年 月 日

酒フーズ健康保険組合理事長 殿

外来年間合算の支給を申請します。
 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、 のいずれも丸で囲んで下さい。
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、 のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号
 住所
 申請者氏名
 電話番号

