

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										
世帯主氏名												1				年 月 日から 年 月 日まで													
生年月日	年 月 日生											2				年 月 日から 年 月 日まで													
記号・番号					個人番号							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										計算期間の末日において加入する医療保険者の名称																
支払方法		振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合				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			
1 窓口払い 2 口座振込																1 普通預金 2 当座預金 9 その他								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									
世帯員氏名												1				年 月 日から 年 月 日まで												
生年月日	年 月 日生											2				年 月 日から 年 月 日まで												
記号・番号					個人番号							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																									

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									
世帯員氏名												1				年 月 日から 年 月 日まで												
生年月日	年 月 日生											2				年 月 日から 年 月 日まで												
記号・番号					個人番号							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																									

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

(宛先) 札幌市 区長

年 月 日

① 高額療養費（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。

※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ください。

高額療養費（外来年間合算）の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。

郵便番号

住所

世帯主氏名

電話番号

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。