

# 記入見本

## 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 いずれかに記をつけてください。	<input checked="" 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	枚目
	<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)		○○年○○月○○日 ~ ○○年○○月○○日	

申請者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ タロウ		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	○○○○健康保険組合	○○年○○月○○日 から	○○年○○月○○日 まで	○○○○○○○○○○○○○○	
	申請者住所	〒 012 - 3456 品川区○-○-○		2	○○○○健康保険組合	○○年○○月○○日 から	○○年○○月○○日 まで	○○○○○○○○○○○○○○	
	生年月日	昭和	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性別	男	女	3	年 月 日 から	年 月 日 まで
	被保険者証の記号・番号	○○○ - ○○○	電話	○○ (○○○○) ○○○○		※1 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ 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	○○○○健康保険組合	○○年○○月○○日 から	○○年○○月○○日 まで	○○○○○○○○○○○○○○	
	生年月日	昭和	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性別	男	女	2	○○年○○月○○日 から	○○年○○月○○日 まで

被扶養者に係る記入欄	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		年 月 日 から	年 月 日 まで		
	生年月日	昭和	年 月 日	性別	男	女	2	年 月 日 から	年 月 日 まで

備考	受取代理人の欄		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。		年 月 日
	住所		(フリガナ) 代理人の氏名		
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は記入してください。)*12桁		氏名		委任者と代理人との関係	
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。		代理人の住所		〒 - 電話 ( )	

振込先口座	金融機関	銀行・金庫	本店・支店	預金種別	1: 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知	口座番号							フリガナ	ケンボ タロウ
		信組・農協	出張所			1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	健保 太郎

社会保険労務士記載欄	申請年月日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	受付年月日
------------	-------------------------	-------

# 記入見本

## 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 いずれかに記をつけてください。	<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	枚目
	<input checked="" 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)		○○年○○月○○日 ~ ○○年○○月○○日	

申請者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ タロウ			保険者加入歴 ※1	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	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	申請者住所	〒 012 - 3456 品川区○-○-○				2	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	生年月日	昭和	平成	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		性別	男	女	3	年 月 日 から 年 月 日 まで
	被保険者証の記号・番号	○○○ - ○○○		電話		○○ (○○○○) ○○○○		※2 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		○○○○健康保険組合

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ ハナコ			保険者加入歴 ※3	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	生年月日	昭和	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性別		男	女	3

被扶養者に係る記入欄	フリガナ				保険者加入歴 ※3	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	昭和	年 月 日	性別		男	女	3

備考	受取代理人の欄				本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。				令和 年 月 日
	住所				(フリガナ) 代理人の氏名				
氏名				委任者と代理人との関係					
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は記入してください。)*12桁				マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。				代理人の住所 〒 - 電話 ( )	

振込先口座	金融機関	銀行・金庫	本店・支店	預金種別	1: 普通	3: 別段	口座番号							フリガナ	ケンボ タロウ
		信組・農協	出張所		2: 当座	4: 通知	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	健保 太郎
その他( )		○○○	○○○												

社会保険労務士記載欄	申請年月日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	受付年月日
------------	-------------------------	-------