

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 <small>いずれかに記をつけてください。</small>	<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	年 月 日 ~ 年 月 日	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)					

申請者に係る記入欄	フリガナ					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						1	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	申請者住所	〒 -					2	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	生年月日	昭和	平成	年	月 日		3	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	性別				男・女		※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		
被保険者証の記号・番号	-		電話	()					

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	2	年 月 日 から 年 月 日 まで
	性別				男・女		3	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	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。			令和 年 月 日
	被保険者のマイナンバー記載欄 <small>(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</small>		住所 _____ 氏名 _____	(フリガナ) 代理人の氏名 _____ 委任者と代理人との関係 _____ 代理人の住所 〒 - 電話 ()		

振込先口座	金融機関	銀行・金庫 信組・農協 その他()	本店・支店 出張所 本所・支所	預金種別	1: 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知	口座番号	フリガナ
		口座名義人					

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
------------	--	----------------	-------