

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□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 | ケンポ 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 | ○○○○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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 性別 | | 男 | 3 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| | 被保険者証の 記号・番号 | ○○ - ○○○ | 電話 | | ○○ (○○○○) ○○○○ | ※2 | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------|--------|-------------------|----|--------------|------|------------|------------------------------|------------------------------|
| 被扶養者に 係る記入欄 | フリガナ | ケンポ 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 | ○○○○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 | 2 | ○○○○健康保険組合 | ○○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 | 2 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

| | | | | | | | |
|----|--|--|---------|--|----|--|-------|
| 備考 | 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 | | 受取代理人の欄 | | 住所 | 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 |
| | 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。 | | | | 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 | 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 | ケンポ 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□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 | ケンポ 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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 性別 | | 男 | 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 | ケンポ 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 | 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 | 2 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

| | | | | | | |
|----|---|--|---------|----|--|----------|
| 備考 | 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住民税非課税者の場合は記入してください。)※12桁 | | 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 |
| | 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。 | | 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 | 本店・支店 | 預金種別 | 1: 普通 | 3: 別段 | 口座番号 | フリガナ | ケンポ タロウ |
| | | 信組・農協 | 出張所 | | 2: 当座 | 4: 通知 | | | |

| | | |
|------------|-------------------------|-------|
| 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 |
|------------|-------------------------|-------|