

記入例

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

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請								
申請対象年度	平成 29 年度	対象となる計算期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 7月 31日まで						
			枚中	枚目					
申請者に係る記入欄	フリガナ	キヨウサイ タロウ		保険者加入歴 1 A健康保険組合 2 山口県市町村職員共済組合 3 年 月 日から 年 月 日まで	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		
	組合員氏名	共済 太郎			A健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成29年12月 31日まで	△△△△△△		
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別		男 · 女	山口県市町村職員共済組合	平成30年 1月 1日から 平成30年 7月 31日まで	添付省略	
	組合員証 記号・番号	△△△ - △△△△			計算期間の末日において加入する保険者の名称				
被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キヨウサイ ハナコ		保険者加入歴 1 A健康保険組合 2 山口県市町村職員共済組合 3 年 月 日から 年 月 日まで	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	共済 花子			A健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成29年12月 31日まで	添付なし		
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別		男 · 女	山口県市町村職員共済組合	平成30年 1月 1日から 平成30年 7月 31日まで	添付省略	
	生年月日	年 月 日 生	性別		男 · 女				
被扶養者に係る記入欄	フリガナ			保険者加入歴 1 年 月 日から 年 月 日まで 2 年 月 日から 年 月 日まで 3 年 月 日から 年 月 日まで	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								
	生年月日	年 月 日 生	性別		男 · 女				
	生年月日	年 月 日 生	性別		男 · 女				
振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店 支所 本店	口座番号 フリガナ 口座名義人	受診歴	花子・・・H30.1 H30.2 H30.3 H30.4			
						申請年月日 平成△△年△△月△△日	上記内容に相違ないことを証明します。		
						申請者(住所) 〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○ △-△	平成△△年 △△月 △△日		
① 年間の高額療養費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下さい。 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。					(名前) 共済 太郎  (電話番号) (△△△) △△△-△△△△				
					所属所長 ○○市長 山口 次郎 				

記入例

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

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分	□ ①年間の高額療養費の申請						✓ ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請								
申請対象年度	平成 29 年度		対象となる計算期間			平成29年 8月 1日から 平成30年 7月 31日まで									
							枚中		枚目						
申請者に係る記入欄	フリガナ	キヨウサイ タロウ						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		
	組合員 氏名	共済 太郎							1	年 年	月 月	日から 日まで			
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生			性別	男	・ 女		2	年 年	月 月	日から 日まで			
	組合員証 記号・番号	△△△ - △△△△							3	年 年	月 月	日から 日まで			
						計算期間の末日において加入する保険者の名称			A国民健康保険						
被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キヨウサイ ハナコ						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	共済 花子							1	年 年	月 月	日から 日まで			
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生			性別	男	・ 女		2	年 年	月 月	日から 日まで			
									3	年 年	月 月	日から 日まで			
被扶養者に係る記入欄	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 年	月 月	日から 日まで			
	生年月日	年 月 日 生			性別	男	・ 女		2	年 年	月 月	日から 日まで			
									3	年 年	月 月	日から 日まで			
振込口座	金融機関名	銀行 ○○ 金庫 ○○ 農協	支店 支所 本店	口座番号	普通	・ 当座	△	△	△	△	△	△	受診歴	花子・・・H29.8 H29.9 H29.10 H29.11 H29.12	
	フリガナ	キヨウサイ タロウ													
	口座名義人	共済 太郎													
申請年月日 平成△△年△△月△△日 申請者(住所) 〒△△△△-△△△△△ ○○県○○市○○ △-△										上記内容に相違ないことを証明します。 平成△△年 △△月 △△日					
① 年間の高額療養費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下さい。 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。										山口県市町村職員共済組合理事長 様 (名前) 共済 太郎 (電話番号) (△△△) △△△-△△△△					
										所属所長 ○○市長 山口 次郎 					