

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	キョウサイ 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	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		2	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	キョウサイ 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	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		2	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		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	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	年 月 日 生				性 別		男 ・ 女		2			年 月 日から 年 月 日まで																
	生年月日	年 月 日 生				性 別		男 ・ 女		3			年 月 日から 年 月 日まで																
振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通 ・ 当座				受診歴	花子・・・H30.1 H30.2 H30.3 H30.4																			
		金庫	支所	フリガナ																									
		農協	本店	口座 名義人																									
山口県市町村職員共済組合理事長 様										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○○ △-△										(名前) 共済 太郎										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。										(電話番号) (△△△) △△△-△△△△										所属所長 ○○市長 山口 次郎									
※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。																				長印市									

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 type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請		<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						
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	キョウサイ 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 月 日から 日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性 別	男 ・ 女		2		年 月 日から 日まで	
	組合員証 記号・番号	△△△ - △△△△				3		年 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	キョウサイ 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 月 日から 日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性 別	男 ・ 女		2		年 月 日から 日まで	
	3		年 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 月 日から 日まで	
	生年月日	年 月 日 生	性 別	男 ・ 女		2		年 月 日から 日まで	
	3		年 月 日から 日まで						
振込口座	金融機関名	銀行 〇〇 金庫 〇〇 農協	支店 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	キョウサイ タロウ							
	口座名義人	共済 太郎							
山口県市町村職員共済組合理事長 様					申請年月日 平成△△年△△月△△日				
申請者（住所）〒△△△-△△△△ △△△市△△△ 区△△△					上記内容に相違ないことを証明します。				
① 年間の高額療養費の支給を申請します。					平成△△年 △△月 △△日				
② 自己負担額証明書の交付を申請します。					所屬所長 〇〇市長 山口 次郎				
※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。					印 済				
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。					(電話番号) (△△△) △△△-△△△△				