

記入例：申請区分①の場合

常務理事	事務長	担当者

高額療養費（外來年間合算）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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請 区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①外來年間合算の支給申請（基準日保険者への申請）
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請（基準日保険者以外への申請）

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	1 枚中	1 枚目
--------	----------	-----------	-------------------------------------	------	------

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX		1	〇〇市国民健康保険	平成29年 8月1日から 平成29年12月31日まで	XXXXXXXX
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 30年 1月 1日 から 平成 30年 7月 31日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				

フリガナ	ケンコウ サチコ	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	健康 幸子		1	〇〇市国民健康保険	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 〇 年 〇 月 〇 日生		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成 30年 1月 1日 から 平成 30年 7月 31日まで		3		年 月 日から 年 月 日まで	

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	年 月 日生		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで		3		年 月 日から 年 月 日まで	

備 考	
-----	--

給付金支払いに 関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
------------------	--

退職後に請求する場合のみ記入（任意継続者：記号9990は記入不要）											
金融機関コード	銀行	店舗コード	支店	種目	口座番号	フリガナ					
	信用金庫		本店	普通預金		口座名義人					
	信用組合		出張所								

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください

085D 古河電工健康保険組合

記入例：申請区分②の場合

常務理事	事務長	担当者

高額療養費（外來年間合算）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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

申請 区分	<input type="checkbox"/> ①外來年間合算の支給申請（基準日保険者への申請）
	<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（基準日保険者以外への申請）

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	1 枚中	1 枚目
--------	----------	-----------	-------------------------------------	------	------

フリガナ	ケンコウ タロウ	記号	番号	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	健康 太郎	XXXX	XXXXXX		1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
申請者の住所	〒 XXX-XXXX 電話 XXX-XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		〇〇市国民健康保険		

フリガナ	ケンコウ サチコ	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	健康 幸子		1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生		性別	女	2	
加入期間	平成 29年 8月 1日 から 平成 30年 3月 31日まで			3		

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	年 月 日生		性別		2	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで			3		

備 考	
-----	--

給付金支払いに 関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します
------------------	--

退職後に請求する場合のみ記入（任意継続者：記号9990は記入不要）											
金融機関コード	〇〇	銀行	店舗コード	▲▲	支店	種目	口座番号	フリガナ	ケンコウ タロウ		
X X X X		信用金庫 信用組合	X X X		本店 出張所	普通預金	X X X X X X X	口座名義人	健康 太郎		

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください