

記入例①の場合

健康保険 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

※注意事項は、裏面をご覧ください。

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	令和・（ ） 4 年度
	<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）	対象となる計算期間	3年8月1日～4年7月31日

申請者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ タロウ			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	00 健康保険組合 3年8月1日から 3年10月31日まで	YYYYYYYYYYYY	
	申請者住所	〒110-0000 00県00市1-1 00マンション101			2	全国健康保険協会00支部 3年11月1日から 4年1月31日まで	ZZZZZZZZZZZZ	
	生年月日	昭和・平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別	男・女	3 00 健康保険組合 4年2月1日から 4年7月31日まで
	被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2			

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ ハシメ			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 始			70歳以上の被扶養者の方を記入ください。				
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別	男・女	1 00 健康保険組合 3年8月1日から 3年10月31日まで

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ ハツコ			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 初子			1	00 健康保険組合 3年8月1日から 3年10月31日まで	添付なし		
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別	男 女	2 全国健康保険協会00支部 3年11月1日から 4年1月31日まで

委任状欄	本申請に基づく給付金に関する受領を	〇に委任します。
	年 月 日	
	被保険者（申請者）氏名	健保 太 健保
	ご登録いただいている受領代理人を記入し押印ください。	

備考欄

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。）					
退職者用 振込先	銀行・農協	本店	種別	当座・普通	口座番号	
	金庫・信組	支店			口座名義	フリガナ

年 月 日 提出

千葉県機械金属健康保険組合

記入例②の場合

健康保険 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

注意事項は、裏面をご覧ください。

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	令和・（ ） 4 年度
	<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）	対象となる計算期間	3年8月1日～4年7月31日

申請者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ タロウ		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	記入不要 ご記入ください。
	申請者住所	〒110-0000 00県00市1-1 00マンション101		2	年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	性別	男 女	3	
	被保険者証の記号・番号	○○○○ - ○○○○	電話	○○○ (○○○) ○○○○	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2	
				※1		

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	ケンボ ハシメ		保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで	記入不要	
	被扶養者氏名	健保 始		70歳以上の被扶養者の方を記入ください。		2		年 月 日から 年 月 日まで
	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	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	ケンボ ハツコ		保険者加入歴 ※3	1	年 月 日から 年 月 日まで	記入不要	
	被扶養者氏名	健保 初子		2	年 月 日から 年 月 日まで	記入不要		
	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	性別	男 女	3			年 月 日から 年 月 日まで

委任状欄	本申請に基づく給付金に関する受領を	① に委任します。
	年 月 日	
	被保険者（申請者）氏名	健保 太 ①
	ご登録いただいている受領代理人を記入し押印ください。	

備考欄

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。）					
退職者用 振込先	銀行・農協 金庫・信組	本店 支店	種別	当座 普通	口座番号	フリガナ
					口座名義	

年 月 日 提出

千葉県機械金属健康保険組合