

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

記入例①の場合

※裏面は、裏面をご覧ください。

申請区分 ① ② ③ 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 平成・（ ） 29 年度	平成・（ ） 29 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 29 年 8 月 1 日 ～ 30 年 7 月 31 日	

申請者に係る記入欄	フリガナ	キカイ タケシ		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	機械 健			1	00 健康保険組合	29 年 8 月 1 日から 29 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	29 年 11 月 1 日から 30 年 1 月 31 日まで	ZZZZZZZZZZZZ
	生年月日	昭和・平成 00 年 ×× 月 △△ 日	性別		男・女	3	00 健康保険組合	30 年 2 月 1 日から 30 年 7 月 31 日まで
被保険者証の記号・番号	1111 - 123	電話	090 (0000) 0000	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	キカイ キン		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	機械 金			1	00 健康保険組合	29 年 8 月 1 日から 29 年 10 月 31 日まで	YYYYYYYYYYYY
	生年月日	昭和・平成 00 年 ×× 月 △△ 日	性別		男・女	2	全国健康保険協会 00 支部	29 年 11 月 1 日から 30 年 1 月 31 日まで
被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キカイ タケヤス		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	機械 健康			1	00 健康保険組合	29 年 8 月 1 日から 29 年 10 月 31 日まで	添付なし
	生年月日	昭和・平成 00 年 ×× 月 △△ 日	性別		男・女	2	全国健康保険協会 00 支部	29 年 11 月 1 日から 30 年 1 月 31 日まで
	生年月日	昭和・平成 00 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 年 月 日 被保険者（申請者）氏名 _____	④ に委任します。
	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

退職者用振込先	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 銀行・農協 金庫・信組	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 支店	種別	当座・普通	口座番号	XXXXXXXXXXXX
					口座名義	フリガナ キカイ タケシ 機械 健

年 月 日 提出 千葉県機械金属健康保険組合

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

記入例②の場合

※裏面は、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	平成・（ ） 29 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	29 年 8 月 1 日 ~ 30 年 7 月 31 日

申請者に 係る記入欄	フリガナ	キカイ タケン		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	機械 健			1		年 月 日から 年 月 日まで	
	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 00 年 ××月 △△日	性別		男・女	3		年 月 日から 年 月 日まで
被保険者証の 記号・番号	1111 - 123	電話	090 (0000) 0000		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2 00 健康保険組合			

記入不要

ご記入ください。

被扶養者に 係る記入欄	フリガナ	キカイ キン		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	機械 金			1		年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	昭和・平成 00 年 ××月 △△日	性別		男・女	2		年 月 日から 年 月 日まで
	フリガナ	キカイ タケマス		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	機械 健康		1			年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	昭和・平成 00 年 ××月 △△日	性別	男・女		2		年 月 日から 年 月 日まで	

70歳以上の被扶養者の方を記入ください。

記入不要

記入不要

委任状欄	本申請に基づく給付金に関する受領を 年 月 日	☑ に委任します。
	被保険者（申請者）氏名	☑

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

退職者用 振込先	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 銀行・農協 金庫・信組	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 本店 支店	種別	当座 普通	口座番号	XXXXXXXX
					口座名義	フリガナ キカイ タケン 機械 健

年 月 日 提出 千葉県機械金属健康保険組合