

高額療養費(外来年間合算)自己負担額証明書交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者証の記号・番号	-
フリガナ	
被保険者氏名	
住 所	〒
生年月日	年 月 日
電話番号	()

フリガナ	
対象者氏名	
生年月日	年 月 日

フリガナ	
対象者氏名	
生年月日	年 月 日

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印