

# 高額療養費(外来年間合算)支給申請書

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	( )

保険加入歴の期間に自己負担額がある場合は、自己負担額証明書を添付してください。

フリガナ		保険者加入歴	保険者名	添付の自己負担額証明書整理番号
対象者氏名				
生年月日	年 月 日			

フリガナ		保険者加入歴	保険者名	添付の自己負担額証明書整理番号
対象者氏名				
生年月日	年 月 日			

振込銀行	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	預金種別	普通・当座										
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													

<p>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</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

受付日付印
-------