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

被保険者等　記号・番号	1001　-　12345
フリガナ	ケンポ　ハナコ
被保険者氏名	健保　花子
住　　所	〒　〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
生年月日	平成　2　年　4　月　1　日
電話番号	〇〇〇（　〇〇〇〇　）〇〇〇〇

フリガナ	ケンポ　タロウ
対象者氏名	健保　太郎
生年月日	平成　2　年　1　月　4　日

フリガナ	
対象者氏名	
生年月日	年　月　日

記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。

受付日付印

ｉＤＡ健康保険組合