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	〒 ○○○-○○○○　○○県○○市○○1-2-3
生年月日	令和2 年　4　月　1　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	ケンポ　タロウ	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	健保　太郎		全国保険協会	123456789101112
生年月日	令和2 年　1月　4日			

複数の保険者に加入していた場合は、分けて記入してください。

被扶養者であった70歳以上の方が対象者となります。

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	1 2 3 4 5 6 7				

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

ｉＤＡ健康保険組合