

## 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

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請区分	<input type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	令和 年度	対象となる計算期間	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目
------	--	--------	-------	-----------	-----------------	----	----

フリガナ				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	〒 - 電話 ( )			1	年 月 日 から 年 月 日 まで		
申請者住所					2		年 月 日 から 年 月 日 まで
生年月日							昭・平・令 年 月 日
被保険者等 記号・番号	-	加入 期間	年 月 日から 年 月 日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

フリガナ				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	昭・平・令 年 月 日			1	年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日					昭・平・令 年 月 日	
加入期間	昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日まで			3	年 月 日 から 年 月 日 まで	

フリガナ				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	昭・平・令 年 月 日			1	年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日					昭・平・令 年 月 日	
加入期間	昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日まで			3	年 月 日 から 年 月 日 まで	

備考		受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 - 電話 ( )
<input type="checkbox"/> 被保険者等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載欄(12桁)			

<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。								
振込希望口座	支払区分	金融機関	銀行・金庫 信組・信連 信漁連・農協・漁協	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード	預金種別	口座番号	フリガナ
						1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄		口座名義人

社会保険労務士記載欄		申請年月日 令和 年 月 日	( 受付年月日 )
------------	--	----------------	-----------

## 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

**記入が必須となる箇所**

例: 令和4年8月1日から令和5年7月31日までの申請の場合令和4年度になります。

申請区分	<input type="checkbox"/> ①年間の <input type="checkbox"/> ②自己負	7月31日時点で加入している 保険者にチェックしてください。	申請対象年度	令和 年度	対象となる計算期間	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目		
フリガナ					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		被保険者の氏名、住所、生年月日、性別、被 保険者等の記号・番号、加入期間(継続中の 場合は・・・からのみ記入)を記入が必要です。	保 険 者 加 入 歴 ※1	1		年 月 日 から				
申請者住所	〒 -			2				上記計算期間中に他の保険者に加入していた場合の記入欄になりま す。計算期間に異動がなければ記入は不要です。詳細は裏面をご欄く ださい。		
生年月日	昭・平・令			3						
被保険者等 記号・番号	-	加入 期間		年 月 日から 年 月 日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)										
フリガナ					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		被扶養者の氏名、生年月日、性別、認定機関を 記入してください。	保 険 者 加 入 歴 ※2	1		年 月 日 から 年 月 日まで				
生年月日	昭・平・令 年 月 日			性別	男・女	2		年 月 日 から 年 月 日まで	上記計算期間中に他の保険者に加入していた場合の記入欄になりま す。計算期間に異動がなければ記入は不要です。詳細は裏面をご欄く ださい。	
加入期間	昭・平・令 年 月 日			日まで	3			年 月 日 から 年 月 日まで		
フリガナ					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		被扶養者の氏名、生年月日、性別、認定機関を 記入してください。	保 険 者 加 入 歴 ※3	1		年 月 日 から 年 月 日まで				
生年月日	昭・平・令 年 月 日			性別	男・女	2		年 月 日 から 年 月 日まで	上記計算期間中に他の保険者に加入していた場合の記入欄になりま す。計算期間に異動がなければ記入は不要です。詳細は裏面をご欄く ださい。	
加入期間	昭・平・令 年 月 日			から 昭・平・令 年 月 日	日まで	3		年 月 日 から 年 月 日まで		
備考	記号・番号を記入されて いる場合は不要です。		受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者住所 代理人の氏名 氏名 振込先を被保険者以外の方にする場 合に記入してください。 者と代理人との関係 人の住所 〒 - 電話 ( )						
被保険者等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載欄(12桁)										
振込希望口座	<input type="checkbox"/> 注 原則、被保険者の振込先を記 入してください。									
支払 区分	金融 機関	店・本店 支店・出張所 本所・支所	金融機関コード			預金 種別	口座番号	フリガナ		
	信庫 信和 信連 信漁連・農協・漁協					1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄		口座名義人		
社会保険労務士記載欄			申請年月日 令和 年 月 日			受付年月日				