

国民健康保険 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

申請対象年度	令和〇年度	計算期間の始期及び終期	令和〇年8月1日から令和〇年7月31日まで	枚中	枚目
--------	-------	-------------	-----------------------	----	----

世帯主 (申請者)	フリガナ	タカサキ タロウ		保険者加入歴※1			
	氏名	高崎 太郎		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
	生年月日	昭和〇〇年12月3日		計算期間の末日における世帯主の情報を記入してください。			
	被保険者 記号・番号	個人番号 (マイナンバー)		加入期間	計算期間末日において 加入する医療保険者の名称※2		
	振込口座	金融機関名	金融機関コード	支店名	店舗コード	種目	口座番号

世帯員	フリガナ	タカサキ ハナコ		保険者加入歴※3		
	氏名	高崎 花子		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	生年月日	昭和〇〇年3月21日		計算期間の末日において70歳~74歳までの同世帯員がいた 場合は記入してください。		
	被保険者 記号・番号	個人番号 (マイナンバー)		加入期間		

備考	対象診療月:	
	対象診療月:	

公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)
 振込口座を指定する

振込口座 記入欄	ここに世帯主の振込先の口座情報を記入してください。 世帯主以外の方の口座情報を記入した場合は、2段下の記入欄もご記入ください。	(フリガナ) 口座名義人
-------------	--	-----------------

※上記振込口座に記載がない場合は、世帯主振込口座に振り込みます。(世帯主振込口座が空欄の場合はこちらに必ず記入してください。)

(あて先) 高崎市 申請年月日 令和〇年 1月 23日

① 外来年間合算の支給を申請します。
 支給申請のみを行う場合は①を、自己負担額証明書も発行する場合は①・②のいずれかを選択してください。

住所 高崎市〇〇町1-2-3

※亡くなられている場合は相続人の情報をご記入ください。
 その際相続関係のわかる戸籍謄本をお持ちください

世帯主氏名 高崎 太郎
 (申請者)

電話番号 (027-321-1111)

私は下記の受領者を代理人と定め、外来年間合算の支給に関する権限を委任します。

住所

振込口座が世帯主以外の場合は、世帯主の方は
 に✓を入れ、こちらも記入してください。

世帯主との続柄 ()
 電話番号 ()

受領者
 (上記口座名義人) 氏名

来庁者 ※来庁者が世帯主と同じ場合は記入不要です。
 (申請書の提出者)

住所

来庁者が世帯主以外の場合は
 こちらも記入してください。

世帯主との続柄 ()

氏名

電話番号 ()

記受 入付 欄者	【番号確認】	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> e-suite	<input type="checkbox"/> その他 ()
	【本人確認】	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他 ()
	【代理権】	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 委任状		

受付	担当