

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から	年 月 日まで
--------	-------------	---------	---------

枚中	枚目
----	----

フリガナ					保険者加入歴	保険者名			加入期間			添付の自己負担証明書整理番号
申請者氏名						1				年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				2				年 月 日 から	年 月 日 まで	
記号・番号	個人番号					3				年 月 日 から	年 月 日 まで	
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						
支払方法	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード		本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号			フリガナ	
1. 窓口払い 2. 口座振込									1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			

フリガナ					保険者加入歴	保険者名			加入期間			添付の自己負担証明書整理番号
世帯員氏名						1				年 月 日 から	年 月 日 まで	
記号・番号	個人番号					2				年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				3				年 月 日 から	年 月 日 まで	
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで										

フリガナ					保険者加入歴	保険者名			加入期間			添付の自己負担証明書整理番号
世帯員氏名						1				年 月 日 から	年 月 日 まで	
記号・番号	個人番号					2				年 月 日 から	年 月 日 まで	
生年月日	年 月 日 生	性別				3				年 月 日 から	年 月 日 まで	
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで										

備考	
----	--

申請年月日 年 月 日 鈴木市長 様 ①高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。 ②自己負担証明書の交付を申請します。 ※自己負担証明書の交付申請を行う場合、①・②のみ、すれも丸で囲んでください。 高額療養費(外来年間合算)の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。										郵便番号	
										住所	
										氏名	印
										電話番号	