

健康 保険 使用 欄	記入例	支給決定額	診療月	年 月 日 ~ 年 月 日	被扶養者資格確認 <input type="checkbox"/>
	( )	(円)	加 入 日	年 月 日	
	( )	(円)	月 日	年 月 日	

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

健康  
①にチェック  
①、②の両方にチェック

健康保険(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

太枠内の該当箇所ですべてご記入ください。記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の支給申請(基準日保険者への申請)	申請対象年度及び対象となる計算期間	29年度	29年 8月 1日から 30年 7月 31日まで	1	枚中	1	枚目
	<input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付申請(基準日保険者以外への申請)							

赤枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者 に 係 る 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	8 - 321	生年 月 日	S 43年 2月 1日	H	住所	〒 123 - 456 東京都...	電話	( )
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)								
	フリガナ	ケンポ タロウ				加入期間	平成12年 4月 1日から 年 月 日まで		
	被保険者 氏名	健保 太郎				計算期間の末日において加入する 医療保険者の名称※2			
保 険 者 加 入 歴 ※ 1	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号			
	1		年 日	日 から 日 まで					
	2		年 月	日 まで	自己負担額あり→自己負担額証明書整理番号 自己負担額なし→添付なし いずれかを記入してください。				
3		年 月	日 まで						

対象者が被保険者で、他の保険者に加入履歴がある場合は記入してください。

自己負担額あり→自己負担額証明書整理番号  
自己負担額なし→添付なし  
いずれかを記入してください。

被 扶 養 者 に 係 る 記 入 欄	フリガナ	ケンポ ハナコ		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	健保 花子		平成12年 4月 1日から 平成26年 3月 31日まで		添付なし	
	生年 月 日	S	23年 2月 3日	続柄	母		
	加入期間	平成26年 4月 1日から 年 月 日まで		加入履歴※3			
1	〇〇健康保険組合		平成12年 4月 1日から 平成26年 3月 31日まで				
2			対象者が被扶養者で、他の保険者に加入履歴がある場合は記入してください。				
3			年 月 日から 年 月 日まで				
対象者が被扶養者の場合は記入してください。							
保 険 者 加 入 歴 ※ 3	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
	1		年 月	日 から 日 まで			
	2		年 月	日 から 日 まで			
	3		年 月	日 から 日 まで			

支 払 希 望 の 銀 行	必ずご記入ください								
	銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (〇をつけてください)
	口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			カタカナで記入してください				
9		8	7	6	5	4	3	預金 ケンポ タロウ	
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座をお時間をいただく場合があります								記入洩れが多発しております！！ 銀行名・支店名・口座番号・預金名義 全て洩れなく記入して下さい。 *ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支 店名(漢数字3桁)も記入してください。 ※被保険者以外の口座をご希望の場 合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ れぞれ記入が必要です。	

記入洩れが多発しております！！  
銀行名・支店名・口座番号・預金名義  
全て洩れなく記入して下さい。  
\*ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支  
店名(漢数字3桁)も記入してください。  
※被保険者以外の口座をご希望の場  
合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ  
れぞれ記入が必要です。

申請書送付先  
541-0041  
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28  
住友ビル2号館6階  
住商連合健康保険組合 あて