

記入例

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

(保険者記入欄)										支給申請書整理番号																									
申請対象年度		平成	令和	2	年度		計算期間の始期及び終期										令和2 年 8 月 1 日から 令和3 年 7 月 31 日まで																		
フリガナ		コクホ イチロウ										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															
世帯主氏名		国保 一郎										1		〇〇〇健保組合		令和2 年 8 月 1 日から 令和2 年 12 月 31 日まで		12345																	
生年月日		昭和	平成	令和	25	年	1	月	1	日生	2																								
記号・番号		阪国	北	012345		個人番号		000000000000										3																	
加入期間		令和3 年 1 月 1 日から 年 月 日まで										※1																							
支給方法		振込口座	銀 行		金融機関コード		本店		店舗コード		種 目		口座番号		フリガナ		コクホ ハナコ																		
口座振込		記入欄	第一国保		信用金庫		5 5 5 5		中央		支 店		3 3 3		1.普通預金		9 9 9 9 9 9		口座名義人		国保 花子														
				信用組合						出張所				2.当座預金																					
														9.その他																					
フリガナ		コクホ ハナコ										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															
世帯員氏名		国保 花子										1		〇〇〇健保組合		令和2 年 8 月 1 日から 令和2 年 12 月 31 日まで		12345																	
記号・番号		阪国	北	012345		個人番号		999999999999										2																	
生年月日		昭和	平成	令和	25	年	2	月	1	日生	3																								
加入期間		令和3 年 1 月 1 日から 年 月 日まで										※3																							
フリガナ												1																							
世帯員氏名												2																							
記号・番号		阪国				個人番号												3																	
生年月日		昭和	平成	令和	年	月	日生	※3																											
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで																																	
備考		(「ご記入上の注意事項」の「3.備考欄について」を参照)																																	
(提出先) 大阪市長		申請年月日 令和 3 年 11 月 1 日										郵便番号 〒 530 - 0005																							
① 外来年間合算の支給を申請します。		住所 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号										世帯主氏名 国保 一郎																							
② 自己負担額証明書の交付を申請します。		電話番号 080 - 0000 - 0000										←必ずご記入ください																							
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。																																			
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。																																			
委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)		高額療養費に関する ☒ 申請・ ☒ 受領 を下記の受任者に委任します。 令和 3 年 11 月 1 日																																	
委任者 (世帯主)		氏 名	国保 一郎					住所	同上																										
受任者		(フリガナ)	コクホ ハナコ					住所	〒 530 - 0005 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号					日中連絡の取れる電話番号	090 - 0000 - 0000																				
		氏 名	国保 花子					住所						世帯主との関係	妻																				
		受任者の本人確認ができるもの		☒ 保険証、免許証、マイナンバーカード等		同意書兼誓約書		☒ 大阪市長が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。																											
								☒ 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。																											

自己負担額証明書の交付申請の場合は、記入不要。

計算期間内に、別の医療保険者に加した履歴が

支給申請の場合は不要。

世帯主以外の方の場合は次の【委任状】欄にも記入。

自己負担額証明書の交付申請の場合は、記入不要。

計算期間内(例では令和2年8月1日から令和3年7月31日)に、別の医療保険者に加した履歴がある場合に記入。