

申請区分2の記入例

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

常務理事	事務長	担当者

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請対象年度	2017 年度	計算期間の始期及び終期	2017 年 8 月 1 日 から 2018 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
申請区分 いずれかに☑をつけてください	<input type="checkbox"/> ① 年間の高額療養費の申請 (対象年度の7月31日時点でSCSK健保加入者の申請) ※当健保加入前の保険者で発行された自己負担額証明書の添付が必要です			<input checked="" type="checkbox"/> ② 自己負担額証明書の交付申請		申請年月日 2018 年 10 月 16 日	

フリガナ	ケンポ タロウ			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	健保 太郎			①	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	××年 ××月 ××日	性別	男	②	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者等の 記号・番号	××—××××	電話	×××(×××)××××	③	年 月 日から 年 月 日まで	
住所	〒×××-×××× ××県××市××町1-1-1			※1 計算期日の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		△△健康保険組合
振込口座	×××	銀行 信用金庫 信用組合	新宿西	本店 支店 出張所	店舗コード 1 2 3	種目 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
					口座番号 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 口座名義人 ケンポ タロウ 健保 太郎

フリガナ	ケンポ フネ			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	健保 フネ			①	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	××年 ×月 ×日	性別	女	②	年 月 日から 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				①	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日	性別		②	年 月 日から 年 月 日まで	
				③	年 月 日から 年 月 日まで	

受付印