

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯				
	氏名					連絡先					
住所	〒	都道府県	市区町村		町名・番地						
					アパート・マンション名						

申請内容	いずれかにチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> ① 自己負担額証明書(他医療保険者提出用)の交付を申請します。 <input type="checkbox"/> ② 高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。 (→次の「委任状」欄への記入または「振込口座指定書」の提出が必要です。)

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。	年	月	日
	氏名		令和		

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

「被保険者(申請者)記入用」は裏面に続きます。

事業所受付印	組合受付印



被保険者 高額療養費(外来年間合算)支給  
被扶養者 自己負担額証明書交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名			枚中		枚目
--------	--	--	----	--	----

申請対象年度	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年度		計算期間の始期及び終期	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
高額療養費支給希望の被保険者	地域医療振興協会健康保険組合 加入期間			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	保険加入歴	保険者等名称 添付の自己負担額証明書整理番号		加入期間					
				いつから		いつまで			
		1			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
2			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※ ①「自己負担額証明書」交付希望者のみ記入									
高額療養費支給希望の被扶養者	フリガナ 氏名			生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	地域医療振興協会健康保険組合 加入期間			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	保険加入歴	保険者等名称 添付の自己負担額証明書整理番号		加入期間					
				いつから		いつまで			
1				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
2			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※ ①「自己負担額証明書」交付希望者のみ記入									
フリガナ 氏名			生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
地域医療振興協会健康保険組合 加入期間			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
保険加入歴	保険者等名称 添付の自己負担額証明書整理番号		加入期間						
			いつから		いつまで				
	1			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
2			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※ ①「自己負担額証明書」交付希望者のみ記入									

〔記入上の注意〕

- ① 「添付の自己負担額証明書整理番号」欄の記入について  
計算期間内に他の医療保険に加入履歴があっても、以下の場合は「添付なし」とご記入ください。
  - ・自己負担額が発生していない場合
  - ・被扶養者として健康保険・船員保険・共済に加入していた場合（被保険者の自己負担額として取り扱われるため）
  - ・世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入していた期間（世帯主の自己負担額として取り扱われるため）
- ② 記入欄が足りない場合は、この用紙をコピーして記入してください。またその場合、右上の「枚中 枚目」欄もご記入ください。