

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

記号・番号	—	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号
-------	---	----------	-----------

申請対象年度	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	添付の自己負担額証明書整理番号
組合員氏名						1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女			2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号					※1 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 ※2			

フリガナ					保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
家族氏名						1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女			2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号					※3 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	添付の自己負担額証明書整理番号
家族氏名						1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女			2	年 月 日から 年 月 日まで	
個人番号					※3 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									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ① 年間の高額療養費を申請します(現在全板国保に資格がある方はこちらを○で囲んでください)。
 ② 自己負担額証明書と年間の高額療養費を申請します(現在全板国保の資格を喪失している方はこちらを○で囲んでください)。

全国板金業国民健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

■申請者[組合員]

住所	〒 —————				電話番号 ()	—				
	都 道 府 県									
氏名	フリガナ				個人番号					
									

■注意事項

- 個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された12ケタの番号を記入してください。
- 申請する時は本紙に必要な書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 —————				電話番号 ()	—			
	都 道 府 県								
事業所名					事業主名				