**様式第２８号の２（第５１条の２関係）**

**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** | **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** |  | **対象者区分** |  |  | **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** |  |  | **保険加入歴** | **1** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日　　生** | **性別** |  | **2** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **記号・番号** |  | **個人番号** |  | **加入期間における受診歴** | **年** | **8月** | **9月** | **10月** | **11月** | **12月** | **年** | **1月** | **2月** | **3月** | **4月** | **5月** | **6月** | **7月** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |  |
| **支給方法** | **振込口座****記入欄** | **金融機関名** | **金融機関コード** | **店名** | **店舗コード** | **種　目** | **口座番号** | **フリガナ** |  |
| **1. 窓口払い****2. 口座振込** |  |  |  |  |  |  |  | **1. 普通預金****2. 当座預金****9. その他** |  |  |  |  |  |  |  | **口座名義人** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **対象者区分** |  |  | **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** |  |  | **保険加入歴** | **1** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **記号・番号** |  | **個人番号** |  | **2** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日　　生** | **性別** |  | **加入期間における受診歴** | **年** | **8月** | **9月** | **10月** | **11月** | **12月** | **年** | **1月** | **2月** | **3月** | **4月** | **5月** | **6月** | **7月** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **加入期間** | **年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **対象者区分** |  |  | **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** |  |  | **保険加入歴** | **1** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **記号・番号** |  | **個人番号** |  | **2** |  | **年　　　月　　　日から****年　　　月　　　日まで** |  |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日　　生** | **性別** |  | **加入期間における受診歴** | **年** | **8月** | **9月** | **10月** | **11月** | **12月** | **年** | **1月** | **2月** | **3月** | **4月** | **5月** | **6月** | **7月** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **加入期間** | **年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで** |

|  |  |
| --- | --- |
| **備　　　　考** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **①　外来年間合算の支給を申請します。****②　自己負担額証明書の交付を申請します。****※　自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、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は、①のみを丸で囲んでください。** | **申請年月日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日****郵便番号****住　　所****申請者　氏　　名****電話番号** |