

(別添様式例1)

健康保険 高額療養費（外來年間合算）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 29 年度 | 計算期間の始期及び終期 | 平成 29 年 8 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 日まで | 枚中 | 枚目 |
|--------|----------|-------------|-------------------------------------|----|----|

|                       |                                     |         |       |                            |                           |             |       |                 |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|-------|----------------------------|---------------------------|-------------|-------|-----------------|
| フリガナ                  | ケンキョ 90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     |       |                 |
| 生年月日                  | 昭和 20 年 4 月 1 日 生                   | 性別      | 男性    | 2                          |                           | 年 月 日から     |       |                 |
| 被保険者証の記号・番号<br>又は個人番号 | 4-0000                              |         |       | 3                          |                           | 年 月 日から     |       |                 |
| 加入期間                  | 平成 20 年 4 月 1 日から平成 30 年 7 月 31 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 |                           |             |       |                 |
| 支給方法                  | 振込口座<br>記入欄                         | 金融機関コード | 店舗コード | 種目                         | 口座番号                      |             | フリガナ  | ケンキョ 90ウ        |
| 口座振込                  | アサヒ                                 | 000/    | 本店    | 00/                        | ① 普通預金<br>② 当座預金<br>③ その他 | / / / / / / | 口座名義人 | 健保太郎            |

|        |                 |    |  |      |  |         |  |                 |
|--------|-----------------|----|--|------|--|---------|--|-----------------|
| 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 |  |                 |
| 生年月日   | 年 月 日 生         | 性別 |  | 2    |  | 年 月 日から |  |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |  | 3    |  | 年 月 日から |  |                 |

「計算期間の始期及び終期」期間内に別の医療保険に加入していた履歴なければ※1、※3の記入は不要です。

|        |                 |    |  |      |  |         |  |                 |
|--------|-----------------|----|--|------|--|---------|--|-----------------|
| 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 |  |                 |
| 生年月日   | 年 月 日 生         | 性別 |  | 2    |  | 年 月 日から |  |                 |
| 加入期間   | 年 月 日から 年 月 日まで |    |  | 3    |  | 年 月 日から |  |                 |

備考欄には「計算期間の始期及び終期」期間中にリクルート健康保険組合の被保険者及び、被扶養者として受診した年月を記載して下さい。

|    |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 | 受診履歴 平成 29 年 8 月 ~ 平成 30 年 7 月 |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|   |   |
|---|---|
| ① 全国健康保険協会 支部長 殿<br>リクルート健康保険組合理事長 殿<br>② 外來年間合算の支給を申請します。<br>③ 自己負担額証明書の交付を申請します。<br>※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下さい。<br>外來年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 | 申請年月日 平成 30 年 11 月 1 日<br>郵便番号 〒000-0000<br>住所 東京都千代田区丸の内1-9-2<br>申請者氏名 健保太郎<br>電話番号 00-0000-0000 |
|---|---|