

記入例
申請区分（１）

申請対象年度・対象となる計算期間
（例）
平成29年度→平成29年8月1日～平成30年7月31日

申請対象年度
平成 29 年 8 月 1 日 から 30 年 7 月 31 日まで
（ / ） 枚目

※申請書裏面の「記入上の注意事項」を必ずお読みください。

フリガナ	ケンボ タロウ	保 険 者 加 入 歴 ※1	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	△△〇〇健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31日まで	*****
申請者住所	〒****-**** (電話)*** (****) **** 〇〇市〇〇町1-1-1	2	計算期間中に別の医療保険に加入していた場合、 「保険者名」「加入期間」を記入してください。		日から 日まで
生年月日	昭・平 健康保険証に記載されている 「記号」「番号」を記入してください。	3	年 月 日から 年 月 日まで		
被保険者証の 記号-番号	133-****	加入期間	平成30年 4月 1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	ケンボ ハナコ	保 険 者 加 入 歴 ※3	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 花子	1	△△〇〇健康保険組合	平成29年 8月 1日から 平成30年 3月 31日まで	*****
生年月日	昭・ 健康保険証に記載されている 「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に70歳以上で あった被扶養者の氏名を記入してください。	2	計算期間中に別の医療保険に加入していた場合、 「保険者名」「加入期間」を記入してください。		日から 日まで
加入期間	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 加 入 歴 ※3	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	昭・平 年 月 日生	性別	2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		3		年 月 日から 年 月 日まで	

支給方法	振込口座	銀行	金融機関コード	本店
口座振込	記入欄 (申請者 名義口座)	信託銀行		支店 出張所
店舗コード	種目	給付時点で、退職され、任意継続保険に未加入の方のみ、 振込口座を記入してください。		
	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄	口座名義人		

※ 給付時点で退職され任意継続未加入の方のみ振込口座を記入して下さい。

コニカミノルタ健康保険組合理事長 殿

(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 : (1)・(2) のいずれも丸で囲んで下さい。

外来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 年 月 日

〒 住所・申請者氏名等、もれなく記入してください。

住所

申請者氏名

電話番号 () -

※要押印

受付年月日

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

※申請書裏面の「記入上の注意事項」を必ずお読みください。

記入例
申請区分（２）

申請対象年度	平成 29 年度	対象となる計算期間	29 年 8 月 1 日 から 30 年 7 月 31 日まで
--------	----------	-----------	---------------------------------

(/) 枚目

フリガナ	ケンボ 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	
申請者住所	〒***-**** (電話)*** (****) **** 〇〇市〇〇町1-1-1	2	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭 男 女	3	年 月 日から 年 月 日まで	
被保険者証の 記号-番号	133-****	加入期間	4 月 1 日から 年 月 日まで	計算期間の末日において 7月31日時点で、加入していた医療保険者の 名称を記入してください。 □健康保険組合 ※要記入

フリガナ	ケンボ ハナコ	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 花子	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	昭 女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	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	昭 平 年 月 日生 性別 男 女	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	3	年 月 日から 年 月 日まで	

支給方法	振込口座	銀行	金融機関コード	本店
口座振込	記入欄 (申請者 名義口座)	信託銀行		支店
店舗コード	種目	口座番号	口座名義人	出張所
	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄			

※ 給付時点で退職され任意継続未加入の方のみ振込口座を記入して下さい。

コニカミノルタ健康保険組合理事長 殿

- (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 : (1)・(2) のいずれも丸で囲んで下さい。
外来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 年 月 日

〒 住所・申請者氏名等、もれなく記入してください。

住所

申請者氏名

電話番号 () -

印

※要押印

受付年月日