

**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 記入例（令和6年7月31日に共済組合に加入の場合）**

（申請者の方へ）記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請</span>				
申請対象年度	令和 5 年度	対象となる計算期間	令和5年 8月 1日から 令和6年 7月 31日まで	枚中	枚目

  

申請者に係る記入欄	フリガナ	キョウサイ タロウ				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	共済 太郎					1	A健康保険組合	令和5年 8月 1日から 令和5年 9月 30日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別	男・女			2	山口県市町村職員共済組合	令和5年 10月 1日から 令和6年 7月 31日まで	
	組合員等 記号・番号	△△△ - △△△△					3		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保険者の名称				

  

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キョウサイ ハナコ				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	
	被扶養者氏名	共済 花子					1	A健康保険組合	令和5年 8月 1日から 令和5年 9月 30日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別	男・女			2	山口県市町村職員共済組合	令和5年 10月 1日から 令和6年 7月 31日まで	
							3		年 月 日から 年 月 日まで	

  

被扶養者に係る記入欄	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	
	被扶養者氏名						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	
							3		年 月 日から 年 月 日まで	

  

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座	受診歴	花子・・・R6.1 R6.2 R6.3 R6.4
		金庫	支所	フリガナ			
		農協	本店	口座 名義人			

  

<p style="text-align: center;">山口県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">申請年月日 令和△△年△△月△△日</p> <p style="text-align: center;">申請者（住所）〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○ △-△</p> <p>① 年間の高額療養費の支給を申請します。</p> <p>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>※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。 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</p>	<p style="text-align: center;">上記内容に相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和△△年 △△月 △△日</p> <p style="text-align: center;">所属所長 ○○市長 山口 次郎</p>
(名前) 共済 太郎	
(電話番号) (△△△) △△△-△△△△	

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 記入例（令和6年7月31日に他の健康保険加入の場合）

（申請者の方へ）記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分	<input type="checkbox"/> ①年間の高額療養費の申請 <input checked="" type="checkbox"/> ②自己負担額証明書と年間の高額療養費の申請				
申請対象年度	令和 5 年度	対象となる計算期間	令和 5 年 8 月 1日から	令和 6 年 7 月 31日まで	枚中 枚目

申請者に係る記入欄	フリガナ	キョウサイ タロウ			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	共済 太郎				1		年 月 日から 日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別	男・女		2		年 月 日から 日まで	
	組合員等 記号・番号	△△△ - △△△△				3		年 月 日から 日まで	
計算期間の末日において加入する保険者の名称		A国民健康保険							

被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キョウサイ ハナコ			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	
	被扶養者氏名	共済 花子				1		年 月 日から 日まで	
	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日 生	性別	男・女		2		年 月 日から 日まで	
	年 月 日 生		性別	男・女		3		年 月 日から 日まで	

被扶養者に係る記入欄	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	
	被扶養者氏名					1		年 月 日から 日まで	
	生年月日	年 月 日 生	性別	男・女		2		年 月 日から 日まで	
	年 月 日 生		性別	男・女		3		年 月 日から 日まで	

振込口座	金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座	△△△△△△△△	受診歴	花子・・・R 5. 8	R 5. 9	R 5. 10	R 5. 11	R 5. 12	
		金庫	支所	フリガナ	キョウサイ タロウ								
		農協	本店	口座名義人	共済 太郎								
		年 月 日 生		性別	男・女								

山口県市町村職員共済組合理事長 様 申請年月日 令和△△年△△月△△日 申請者（住所）〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○ △-△ ① 年間の高額療養費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。 年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	申請者（名前） 共済 太郎 申請者（電話番号） (△△△) △△△-△△△△	上記内容に相違ないことを証明します。 令和△△年 △△月 △△日 所属所長 ○○市長 山口 次郎
---	---	---