

自己負担額証明書の申請の場合

医療費(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

申請年月日 × 年 × 月 × 日

申請区分	<input checked="" type="radio"/> ①外来年間合算の支給を申請します	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	1 枚中 1 枚目
	<input checked="" type="radio"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します					

※申請区分欄: 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に当組合に加入しており支給申請する場合)、①のみに丸を付して下さい。

自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸を付して下さい。

フリガナ	ケンポ 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			<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> <h2>記入は不要です</h2> </div>				
申請者住所	〒 □□□ - □□□□ 福岡市中央区●●1丁目○○ 電話 △△△ (▲▲▲) △△△△							
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	男					
被保険者証の記号・番号	(記号) 12	(番号) 1234567						
加入期間	29 年 8 月 1 日から 30 年 3 月 31 日まで							
振込口座記入欄	■ ■ ■ ■	銀行 信用金庫 信用組合 ()	金融機関コード △ △ △ △	● ● ● ●	本店 支店 出張所 ()	※1		
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合のみ記入				店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	ケンポ タロウ
				▲ ▲ ▲ ▲	1. 普通預金	× × × × × × × ×	口座名義人	健保 太郎
					2. 当座預金			
					9. その他			

計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2 7月31日時点で加入している保険者の名称を記入してください。

フリガナ	ケンポ イチロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	健保 一郎			<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> <h2>記入は不要です</h2> </div>		
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	男			
加入期間	29 年 8 月 1 日から 30 年 3 月 31 日まで					
※3						

フリガナ	ケンポ ハナヨ			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 花代			<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> <h2>記入は不要です</h2> </div>		
生年月日	昭和 × 年 × 月 × 日 生	性別	女			
加入期間	29 年 8 月 1 日から 30 年 3 月 31 日まで					
※3						

備考 申請者及び被扶養者について九電健保加入期間の合算対象となる受診歴(受診した年月)を記入してください