

課長	課長補佐	係長	担当	総合確認

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

組合員証 記号 番号	所属機関名		保険者 加入 暦 ※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
フリガナ				年 月 日から	年 月 日から	
申請者氏名				年 月 日から	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別		年 月 日から	年 月 日から	
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 ※2			

フリガナ			保険者 加入 暦 ※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
被扶養者氏名				年 月 日から	年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別		年 月 日から	年 月 日から	
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで		年 月 日から	年 月 日から	

備考

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿
 ① 外来年間合算の支給を申請します。 申請年月日 年 月 日
 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 郵便番号 〒 -
 住所
 申請者氏名 印
 電話番号

※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ください。
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 申請年月日 年 月 日
 所属所長 職名
 氏名 印

|