

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
--------	----	-------------	---	---	-----	---	---	-----	----	----

組合員証等	記号	所属機関名	保険者加入暦	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
	番号			1	年 月 日から	
フリガナ			2	年 月 日から		
申請者氏名			3	年 月 日から		
生年月日	年 月 日生	性別	※1	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	被扶養者氏名	保険者加入暦	保険者名	加入期間	添付の自己負担証明書整理番号
		1	年 月 日から		
生年月日	年 月 日生	2	年 月 日から		
加入期間	年 月 日から	3	年 月 日から		
		※3	年 月 日から		

備考	
----	--

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

申請年月日 年 月 日

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。

郵便番号 〒 -

住 所

申請者氏名

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