

## 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 番号		所属機関名		保険者 加入 暦 ※1	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				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				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	1	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					2		年 月 日から	
生年月日		年 月 日生	性別				年 月 日から	
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで			3		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。 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。	申請年月日 年 月 日 郵便番号 〒 - 住 所 申請者氏名 電話番号
--	---

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