

保健課長	課長補佐	保健係長	合議	主任	決裁 伺

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

(組合記入欄)

支給申請書整理番号

申請対象年度	令和	年度	対象となる計算期間	年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目
--------	----	----	-----------	---	---	-----	---	---	-----	----	----

フリガナ						保険者 加入 歴 ※1	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							1		年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年	月	日生	性別			2		年 月 日から 年 月 日まで	
組合員等記号・番号	(記号)		-				(番号)	3		年 月 日から 年 月 日まで
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 歴 ※2	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			2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年	月	日から	年	月		日まで	3		年 月 日から 年 月 日まで

フリガナ						保険者 加入 歴 ※3	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			2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年	月	日から	年	月		日まで	3		年 月 日から 年 月 日まで

備考											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

§ 62-2 (202504)

千葉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。

申請者 (住所) 〒 -

(氏名)

※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。

(電話番号)

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。