

# 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

01	加入者番号				加入者氏名			性別	生年月日		
	県コード	学種	学校番号	個人番号							

申請対象年度	年度	対象期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
--------	----	------	------------------	--	--

私学共済の加入期間	年 月 日 から 年 月 日まで			確認S
-----------	------------------	--	--	-----

（自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、 A・Bのいずれも○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は、 Aのみ○で囲んでください。）	A 高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。			
	B 自己負担額証明書の交付を申請します。			

（計算期間の末日において加入する医療保険者が私学共済の場合は、記入不要です。）	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
	所在地			
	保険者番号		被保険者番号	

（Aのみ○で囲んだ場合で、計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば記入してください。）	計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間			
	1	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日 から 年 月 日まで		
	2	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日 から 年 月 日まで		
	3	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
		年 月 日 から 年 月 日まで		

上記及び右記のとおり申請します。	申請者	住所	郵便番号（ - ） TEL	
年 月 日		フリガナ		
日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿		氏名		

上記の申請は、事実と相違ないものと認めます。	学校法人等	所在地	郵便番号（ - ） TEL	
年 月 日		名称		
		代表者名		

（振込口座記入欄は自己負担額証明書交付を申請する場合のみ記入してください）

振込 口座 記入 欄	金融機関名（カタカナ）						（いずれかを○で囲んでください）			口座名義人			
							銀行 信用金庫 信用組合 (フリガナ)			(漢字)			
							農協 農協組合 労働金庫						
	店名（カタカナ）						（いずれかを○で囲んでください）			種目	口座番号		委任S
							本店 支店 出張所			1			
ゆうちょ銀行		送金CD	通帳記号		再発行CD	通帳番号			口座名義人				
		1			/				(フリガナ)				
									(漢字)				

(備考)											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（該当する被扶養者がいるときは、記入してください。）	被扶養者氏名				生年月日			続柄	コード
	(フリガナ)				3昭	年	月	日	

（Aのみ○で囲んだ場合で、被扶養者が計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば下欄を記入してください。）

計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間			
1	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		
2	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		
3	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		

（該当する被扶養者がいるときは、記入してください。）	被扶養者氏名				生年月日			続柄	コード
	(フリガナ)				3昭	年	月	日	

（Aのみ○で囲んだ場合で、被扶養者が計算期間内に別の医療保険に加入したことがあれば下欄を記入してください。）

計算期間内に加入していた医療保険者名と加入期間			
1	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		
2	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		
3	医療保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	年 月 日 から 年 月 日まで		