

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

申請対象年度	令和 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	--------------	------	-------	-------	--------

フリガナ		生年月日	年 月 日生	個人番号	
被保険者氏名				計算期間の始期及び終期	年 月 日 ~ 年 月 日

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		年 月 日 ~ 年 月 日

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
		長崎県後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 年 月 日

振込口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
				1. 普通預金 2. 当座預金		口座名義人

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	委任状	私は、下記の者に高額療養費（外来年間合算）の受領に係る権限を委任します。 委任者 住所： （申請者） 氏名： 代理人 住所： （口座名義） 氏名：
	1	年 月 日から 年 月 日まで			
	2	年 月 日から 年 月 日まで			
	3	年 月 日から 年 月 日まで			
4	年 月 日から 年 月 日まで				

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 市（町）長 様	令和 年 月 日
① 上記対象者について、高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。 ※ 上記対象者が死亡している場合は、上記対象者の高額療養費（外来年間合算）の受領権利を私が承継しましたので申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の中で解決することを誓約します。	申請者 郵便番号 （誓約） 住 所 氏 名
② 上記対象者について、自己負担額証明書が必要な場合は、自己負担額証明書の交付を申請します。	電話番号 被保険者との続柄

記入例

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

申請対象年度	令和元年度	申請区分	1. 新規	福祉医療受給にかかる『同意書(または委任状)』が同封されている場合は、この申請書と一緒にご提出ください。				被保険者が死亡している場合は、個人番号の記入は不要です。 012345678910							
フリガナ	コウイキ タロウ							生年月日	大正12年 11月 27日 生		計算期間の始期及び終期	令和1年8月 ~ 令和2年7月			
被保険者氏名	広域 太郎														
国民健康保険資格情報															
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間										
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年 月 日 ~ 年 月 日										
後期高齢者医療資格情報															
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称			加入期間									
39422019	01234567		長崎県後期高齢者医療広域連合			令和1年8月1日 ~ 令和2年7月31日									
振込口座															
ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	金融機関コード	七六八	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号			フリガナ	コウイキ タロウ				
						1. 普通預金 2. 当座預金	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	広域 太郎
被保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号			委任状	私は、下記の者を代理人と定め、高額療養費（外来年間合算）の受領に係る権限を委任します。 委任者（申請者） 住所 氏名 代理人（口座名義人） 住所 氏名								
	1														
	2														
	3														
4		年 月 日から 年 月 日まで													

ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、他金融機関からの振込の受取口座として記載されている【店名】、【口座番号】をご記入ください。(「店名」等は、通帳を開いた下のページの銀行使用欄か備考欄に印字されています。)

被保険者以外の口座に振込を希望する場合は、委任状欄に必要な事項をご記入し、ご捺印ください。(ただし、被保険者の死亡により、法定相続人名義の口座に振り込む場合、本欄の記入は不要です。)

長崎県後期高齢者医療広域連合 様	令和2年12月25日
長崎市長	申請者 郵便番号 850-0875
① 上記対象者について、高額療養費の支給を受けることについて、ご承諾を仰ぎます。	住所 長崎県長崎市栄町4番9号
※ 上記対象者が死亡している場合は、法定相続人である配偶者及び血族(子・孫・ひ孫・親・兄弟姉妹など)の方から申請していただくこととなります。(子の配偶者などは不可)	氏名 広域 太郎
② 上記対象者について、自己負担額の減額を受けることについて、ご承諾を仰ぎます。	電話番号 095-816-3930
	被保険者との続柄 本人

申請者欄には被保険者についてご記入ください。
 ただし、被保険者が死亡されている場合は、法定相続人である配偶者及び血族(子・孫・ひ孫・親・兄弟姉妹など)の方から申請していただくこととなります。(子の配偶者などは不可)
 なお、成年後見人に選任された方が申請される場合は、登記事項証明書等を添付してください。

【記入上の注意事項等】

1. 高額療養費（外来年間合算）支給申請について

- （1）計算期間（8月1日から翌年7月31日まで）の末日時点で一般区分又は低所得区分である被保険者について、計算期間のうち、一般区分又は低所得区分であった月の外来療養に係る額が、一定の限度額（144,000円）を超えた場合に、その超えた額を支給します。
- （2）振込口座（金融機関コード・店舗コードの記入は不要）及び申請者欄に必要事項をご記入ください。
なお、被保険者以外の口座に振り込みを希望される場合は、委任状欄へのご記入も必要です。
- （3）計算期間の始期及び終期の間に加する医療保険に変更があった場合は、「保険者加入歴」欄に以前加入していた医療保険の保険者名と加入期間を記載してください。また、申請にあたり、自己負担額証明書を添付する場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に当該証明書整理番号を記載してください。添付する自己負担額証明書がない場合は、「添付なし」と記載してください。
- （4）医療保険資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

2. その他

- （1）国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは、世帯員は国民健康保険の被保険者ですが、世帯主は国民健康保険の加入者ではない場合を指します。
- （2）国民健康保険における高額療養費（年間外来合算）は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。