

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	明治 大正 昭和	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 ~ 年 月			

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・信漁連 労働金庫	金融機関コード		本店 支店・支所 本店営業部 出張所	店舗コード		種別	口座番号				フリガナ
						1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金					口座名義人

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 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間で解決することを誓約します。 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。 ※ 被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約者）は、法定相続人の方になります。 法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。 子の配偶者は法定相続人になりません。	令和 年 月 日 郵便番号 _____ 住 所 _____ 申請者（誓約者）氏名 _____ 電話番号 _____ 被保険者との続柄 _____
--	---

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。					
	1		年 月 日から 年 月 日まで			委任者 （申請者）	氏名 _____				
	2		年 月 日から 年 月 日まで			代理人 （口座名義人）	住所 _____				
	3		年 月 日から 年 月 日まで				氏名 _____ 委任者との続柄（ ）				