

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	平成	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	性別	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
			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 住所： (申請者) 氏名： 印 代理人 住所： (口座名義人) 氏名： 印
	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)

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。
- ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
- ③ 上記対象者の高額療養費（外来年間合算）の受領に係る権限を私が承継しましたので、支給を申請します。
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間で解決することを誓約します。

申請者
(誓約者)

郵便番号
住 所
氏 名

印

※ 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○で囲んでください。
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを○で囲んでください。
対象者が死亡されている場合は、③を○で囲んでください。

電話番号

被保険者との続柄

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

記入例

申請対象年度	平成29年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	--------	------	--------------	-------	--------

フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	明治 大正 昭和	12年 11月 27日 生	性別	男	個人番号	012345678910	
被保険者氏名	広域 太郎							計算期間の始期及び終期	平成29年8月 ~ 平成30年7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
39422019	01234567	長崎県後期高齢者医療広域連合	平成29年8月1日 ~ 平成30年7月31日

振込口座														
ゆうちょ	銀行	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				
	信用金庫 信用組合 農協・漁協					1. 普通預金 2. 当座預金	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人

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	委任状
	2	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。)			
	3				
	4		年 月 日から 年 月 日まで		

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 住所： _____
(申請者) 氏名： _____

代理人 住所： _____
(口座名義人) 氏名： _____

印

被保険者以外の口座に振り込みを希望される場合は、委任状欄に必要事項をご記入、ご捺印ください。
(ただし、被保険者が死亡しており、法定相続人名義の口座に振り込む場合、本欄への記入は不要です)

<p>長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 (市町長 様)</p> <p>① 上記対象者につ ② 上記対象者につ ③ 上記対象者の高 なお、他の相続</p> <p>※ 自己負担額証明 高額療養費(外 対象者が死亡さ</p>	<p style="text-align: center;">平成30年11月15日</p> <p>申請者 郵便番号 850-0875 (誓約者) 住 所 長崎県長崎市栄町4番9号</p> <p>氏 名 広域 太郎</p> <p>電話番号 095-816-3930</p> <p>被保険者との続柄 本人</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 広域 印 </div>
---	--

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。