

後期高齢者医療高額療養費（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	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2. 計算期間末日以降(期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生	個人番号	
氏名					計算期間の始期及び終期	年8月～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 日から 年 月 日まで

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
39460001		鹿児島県後期高齢者医療広域連合	年8月1日から年7月31日まで

支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	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. 窓口払い 2. 口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		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	備考欄
	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		
5	年 月 日から 年 月 日まで			

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

※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下さい。
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号 _____

住所 _____

申請代表者氏名 _____

氏名 _____

電話番号 _____