

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
再交付申請の理由		1. 紛失 2. 汚損 3. その他（ ）

被保険者証

特定疾病療養受療証

限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証

の再交付を申請します。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日

様式第 2 号（第 5 条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏 名			
個 人 番 号			
生 年 月 日			
住 所			
申 請 区 分			
申 請 事 由			
所有手帳又は証書種類			

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

後期高齢者医療負担区分等証明申請書

年 月 日 （都道府県） （市区町村）に転出
するので本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る下記の証明書の交付を申請します。

証明書を選択してください

負担区分等証明書

高齢者の医療の確保に関する法律による認定証明書

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申 請 者 旧 住 所 _____
新 住 所 _____
氏 名 _____

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保 険 者 番 号		個人番号				
被 保 険 者 番 号		療 受 養 け を た	被保険者氏名			
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	
公 費 受 給 者 番 号			入 外	入院・外来	割 合	9・7 割
診 療 年 月	年 月	療養期間	年 月 日 から			
診 療 日 数	日		年 月 日 まで			

種 類	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療 ・ ()
傷 病 名	
診療を受けた医療 機関等の所在地	
診療を受けた医療 機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

振 込 先		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1 普 通
	口 座 番 号 (7 桁)					2 当 座
	口 座 名 義 人	(カナ) (漢字)	※右詰でご記入ください。			4 貯 蓄

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者 郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

市町村確認欄 (収納状況)

未納	支給方法	特別な理由等 (未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)			
有・無	口座・窓口	□納付誓約 □減免該当 □長期入院等 □住所地特例 □その他 ()			

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
疾 病 の 名 称		1.	人工腎臓を実施している慢性腎不全	
		2.	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)	
		3.	抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)	
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。 年 月 日				

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		個人番号	
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる（制度名－ ）（費用徴収の 有 ・ 無 ）	
受けられない	
発病又は負傷の理由	

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本 店 支 店 ()	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 ()
	口 座 番 号					
		口 座 名 義 人	(カナ) ----- (漢字)			

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿	
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
年 月 日	
申請者	住 所
	氏 名
	電話番号

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 3 1 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															

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							

委任状	私は、次の者を代理人と定め高額療養費（外来年間合算）の受領に関する権限を委任します。									
	申請者（被保険者） 住所 _____					氏名 _____				
	代理人 住所 _____					氏名 _____				

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 _____

高額介護合算療養費等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											
医療保険者番号		医療被保険者番号				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 月 日から 年 月 日まで	

介護保険資格情報（介護認定を受けている場合のみ記入）											
介護保険者番号		介護被保険者番号				介護保険者名称				加入期間	
										年 月 日から 年 月 日まで	

支給方法		口座管理番号	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			店舗コード 本店 出張所 ()	店舗コード	種目	口座番号				フリガナ		振込先口座 管理番号
口座振込												1.普通預金 2.当座預金 9.その他					

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							

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

市町村長名 殿

年 月 日

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）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。

高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）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

申請者氏名

電話番号

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の方及び保険者加入歴に記載がある方は裏面も記入して下さい。

枚中

枚目

※ この同意書は、表面の保険者加入歴に記載がある場合で、自己負担額証明書を鹿児島県後期高齢者医療広域連合が受領することに同意する場合に、記入して下さい。

自己負担額証明書の受領に関する同意書

私は、加入歴がある関係保険者が発行する自己負担額証明書について、鹿児島県後期高齢者医療広域連合が代理人として直接受領し、高額介護合算療養費等支給申請書に添付することに同意します。

また、本申請に係る給付業務に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

年 月 日

申請者
(被保険者) 住所 _____

氏名

氏名 _____

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- (3) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入層欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (4) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
- ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
 - ・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
 - ・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (5) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい(2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい)。
(2) 各医療保険(介護保険)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。

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。
3. 申請者は被保険者とし、被保険者が死亡している場合は相続人代表者が申請者となる。
4. 対象年度の各保険者の加入期間が合致するようにすること。