

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	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

公金受取口座を利用します。
 ※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

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 _____

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

記入例

申請対象年度	令和2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	コウイキ タロウ		生年月日	昭和 5年 5月 5日生		個人番号	123456789012		
氏名	広城 太郎		計算期間の始期及び終期	令和2年8月 ~ 令和3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	0000001		鹿児島県後期高齢者医療広域連合			令和2年8月1日から 令和3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		鹿児島		鴨池		①.普通預金 ②.当座預金 ③.その他	1 1 1 1 1 1 1		口座名義人
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。									
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						
計算期間中に他保険者に加入していた場合は記入して下さい。									
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 令和4年 3月 31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		890-0064							
住所		鹿児島県鹿児島市鴨池新町7番4号							
申請代表者氏名		広城 太郎							
氏名		広城 太郎							
電話番号		099-216-1398							

基本は申請者本人の口座を記入します。申請者本人以外の口座への振込みを行う場合は、申請書中、委任状へ記載してください。