

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。

様式第3号（第6条関係）

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わ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
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	1：第三者行為（交通事故等）		2：その他（自損事故・疾病等）		

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 2 当 座 4 貯 蓄
	口 座 番 号 (7 桁)				※右詰でご記入ください。
	口 座 名 義 人	(カナ)			
		(漢字)			

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。

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 様

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	<input type="checkbox"/> 納付誓約	<input type="checkbox"/> 減免該当	<input type="checkbox"/> 長期入院等	<input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> 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。)	
<p>鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p>			

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	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)

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 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号(7桁)					※右詰でご記入ください。
	口座名義人	(カナ)	※姓と名の間は1字あけてください。			
		(漢字)				

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。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
年 月 日	
	郵便番号 〒 _____
	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	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 _____

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 (マイナンバー)	年 8 月 ~ 年 7 月
氏 名				計算期間の始期及び終期	

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

振込口座

金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	口座管理番号
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	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	1	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
			年 月 日から 年 月 日まで		
	2		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。郵便番号 _____

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。住所 _____

※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。申請者氏名 _____

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。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。

