

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		被保険者記号		被保険者番号		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													

☐ 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4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		広域 太郎								計算期間の始期及び終期		令和4年8月～令和5年7月			

国民健康保険資格情報													
保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		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		00000001				鹿児島県後期高齢者医療広域連合				令和4年8月1日から令和5年7月31日まで			

支給方法		振込口座 記入欄		鹿児島		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()		金融機関コード		鴨池		本店 支店 出張所 ()		店舗コード		種目 1.普通預金 2.当座預金 9.その他		口座番号		フリガナ			
1.窓口払い 2.口座振込																		1 1 1 1 1 1 1		口座名義人		コウイキ タロウ	
																		広域 太郎					

☐ 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			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7年 3月 31日
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 広域 太郎
氏名 広域 太郎
電話番号 099-216-1398

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。