

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 (マイナンバー)	
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	☐ 普 通 ☐ 当 座 ☐ 貯 蓄
	口座番号 (7桁)					
	口座名義人	(カナ)	※右詰でご記入ください。			※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。	
申請年月日	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							

☐ 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）	
氏 名					計算期間の始期及び終期	年 8 月 ～ 年 7 月

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											
☐ 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	口座管理番号			
									☐ 普通預金 ☐ 当座預金 ☐ その他		

☐ 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			

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 市町村長名 殿	申請年月日 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。 また、障がい者医療を利用している方で、高額介護合算療養費が発生した場合には、重複受給になる場合があるため、後期高齢者医療で支給すべき金額の全部又は一部を鹿児島県後期高齢者医療広域連合の判断で市町村に振り込むことに同意します。	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。 ※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。	住所
	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. 高額介護合算療養費等支給申請について
- (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、保険者加入暦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で介護保険の被保険者
 - ・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。
2. 自己負担額証明書交付申請について
- (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。

後期高齢者医療食事療養差額支給申請書

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

保険者番号		療養を受けた	個人番号	
被保険者番号			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				

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等	
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額） 円	
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
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）

差額支給	イ	() 円 × () = () 円	合 計 円
	ロ	() 円 × () = () 円	
	ハ	() 円 × () = () 円	
	ニ	() 円 × () = () 円	
	ホ	却下（理由： ）	

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)	※姓と名の間は1字あけてください。			

☐ 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。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。
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 〒 ー
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（ ）

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

住 所	
電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フ リ ガ ナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 () 収入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	合 計	_____ 円	_____ 円	_____ 円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる後期高齢者医療の被保険者の方、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。
ただし、1月1日において当市（町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。
なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

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の負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	氏 名				電話番号				
	生 年 月 日		明 ・ 大 ・ 昭		年		月 日生 (歳)		
	被保険者番号								
	個 人 番 号								
	事 故 発 生 日		年		月		日 午前 ・ 午後 時 分頃		
	事 故 場 所								
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ～ ・ ・		転 帰 欄	治ゆ ・ 継続 ・ ()	
					・ ・ ～ ・ ・			治ゆ ・ 継続 ・ ()	
					・ ・ ～ ・ ・			治ゆ ・ 継続 ・ ()	
	被 保 険 者		徒歩 ・ 自転車 ・ 単車 ・ 乗用車 ・ その他 ()						
相 手 方		徒歩 ・ 自転車 ・ 単車 ・ 乗用車 ・ その他 ()							

相 手 方	氏 名						年齢 歳			
	住 所		電話番号							
	勤 務 先		電話番号							
	保 険 者 契 約 者		氏名							
			住所 電話番号							
	保 有 者 と の 関 係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 (続柄) ・ その他							
	自 動 車		車両番号 (ナンバープレート)							
	自 賠 責 保 険		会 社 名				証明書番号			
	任 意 保 険		会 社 名				担当者名			

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

氏名

印