

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
--------	----	------	------	------	-------	-----------	-----------

フリガナ	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和	性別	個人番号
氏名				計算期間の始期及び終期 年 月 ~ 年 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
39240007		三重県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・信漁連	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
口座振込				本店 支店 出張所	1.普通 2.当座 4.貯蓄		口座名義人

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		
	4	年 月 日から 年 月 日まで		
	5	年 月 日から 年 月 日まで		

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 年 月 日 郵便番号 〒

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。

住所
申請者氏名 印
電話番号

委任状

私は、 を代理人と定め、この高額療養費(外来年間合算)支給申請兼自己負担額証明書交付申請により受ける高額療養費(外来年間合算)給付に関する一切の権限を委任します。

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 年 月 日

被保険者 住所 氏名 印

窓口確認欄				
受付	本人確認	個人番号確認	備考	入力日確認
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()		/

確認欄	
確認	入力・修正

