

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

平成29年度 記入例

| | | | | | | | | |
|--------|------|------|------|------|-------|-----------|-------|-----------------------|
| 申請対象年度 | 29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 | 個人番号(マイナンバー)をご記入ください。 |
|--------|------|------|------|------|-------|-----------|-------|-----------------------|

| | | | | | | | |
|------|----------|-------------|---------------------------|----|---|------|-------------|
| フリガナ | コウイキ タロウ | 生年月日 | 明治 大正 10年 4月 1日生 昭和 | 性別 | 男 | 個人番号 | 99999999999 |
| 氏名 | 広域 太郎 | 計算期間の始期及び終期 | 平成29年 8月 ~ 平成30年 7月 | | | | |

| 国民健康保険資格情報 | | | |
|------------|---------------------------|-------|-----------------|
| 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 |

この欄に記載の番号は県下統一の保険者番号であり、お持ちの保険証に記載されている保険者番号とは異なります。

上記「計算期間の始期及び終期」の期間内における、左記保険の加入期間をご記入ください。

| 後期高齢者医療資格情報 | | | |
|-------------|----------|--|-----------------------------|
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 後期高齢者医療保険の保険証などの番号をご記入ください。 | 加入期間 |
| 39240007 | 99999999 | 平成30年7月31日時点で加入している後期高齢者医療保険の保険証などの番号をご記入ください。 | 平成29年 8月 1日から平成30年 7月 31日まで |

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------|----|------------------------|---------|----|----|-------|----------------------|---------|-------|----------|
| 支給方法 | 振込口座記入欄 | 広域 | 銀行 | 金融機関コード | 後期 | 本店 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | フリガナ | コウイキ タロウ |
| 口座振込 | | | 信用金庫 信用組合 農協・信漁連 | | | 支店 | | 1.普通 2.当座 4.貯蓄 | 9999999 | 口座名義人 | 広域 太郎 |

| 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 |
|--------|------|-----------------|-----------------|---|
| | 1 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| | 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 上記「計算期間の始期及び終期」の期間で、三重県後期高齢者医療保険以外の保険に加入されていた場合(国民健康保険など)にご記入ください。 不明な場合は、「お問い合わせ先」の市役所・町役場へご相談ください。 |
| | 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 平成〇〇年 〇月 〇日

郵便番号 〒△△△-△△△△

住所 〇〇市〇〇 〇丁目〇番地

申請者氏名 広域 太郎

電話番号 △△△-△△△-△△△△

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。

本人自署の場合は押印不要ですが、郵送にて申請される場合は必ず押印ください。
確認が必要な場合には、後日、連絡させていただくことがあります。
連絡先が他にある場合(家族に連絡等)はその連絡先の氏名、関係、電話番号を併記してください。

委任状

私は、
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 |
| | |

