

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	年 月 日 生					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								
															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		本店 支店 出張所		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ					
口座振込																		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 日まで																	
		2				年 月 日から 日まで																	
		3				年 月 日から 日まで																	
		4				年 月 日から 日まで																	
		5				年 月 日から 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ください。 ※ 高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、1のみを丸で囲んでください。 住所 申請者氏名 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

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 資格確認書・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

