

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		申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	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.計算期間末日以降申請(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	生	個人番号	
氏 名				計算期間の 始期及び終期	

国民健康保険資格情報				
保険者番号	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		
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	

高額療養費(外来年間合算)の受取口座として、①口座情報 または ②公金受取口座利用 のいずれかを記入してください。

※①口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェックがついていた場合、①口座情報の登録を優先します。

①口座情報（公金受取口座を利用される場合は、①口座情報の欄への記入は不要）

支払方法	振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本 店 支 店 出張所	店舗コード	種別	口座番号								フリガナ	
口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他									

②公金受取口座利用 公金受取口座を利用される場合は□にチェック(✓)をしてください。

☐	公金受取口座を利用します。(被保険者本人の口座のみ利用可能)
--------------------------	--------------------------------

※公金受取口座利用には、「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。

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				
	2				
	3				
	4				
	5				

高知県後期高齢者医療広域連合長 市町村長	様 様	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。	申請者	〒
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。		住所
※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。		氏名
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。		電話番号