

提出者等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	氏名	(署名又は記名押印)	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人( )	住所		

申請対象年度	平成30年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> 1.新規	<input type="radio"/> 2.変更	<input type="radio"/> 3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	--------	------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------	-----------

フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	昭和2年8月29日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 太郎				<input type="radio"/> 女	計算期間の始期及び終期	平成29年8月 ~ 平成30年8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
39070008	01234567	福島県後期高齢者医療広域連合	平成29年8月1日 から 平成30年7月31日まで

給付方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 共同組合	金融機関コード	店舗コード	種目	フリガナ
口座振替	広域あんし	福島	本店 出張所		1.普通 2.当座 3.その他	口座名義人
					0 0 5 4 3 2 1	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	受領受任欄
	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		
備考欄				委任者 住所 氏名 私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。 受任者 住所 氏名

福島県後期高齢者医療広域連合長 ( ) 市 町 村 長) 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。

申請者 住 所 〒960-XXXX 福島県〇〇市△△町3-2-1

氏 名 広域 太郎

電話番号 024-123-4567

市町村欄	受付	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード ・通知カード <input type="checkbox"/> その他( )	個人番号本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	委任状 被保険者証 その他( )
------	----	--------	-------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## ご記入上の注意事項等

### 1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 外来療養に係る額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額療養費(外来年間合算)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の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄中、「2. 擬制世帯主」とは、世帯員が国保の被保険者であり、世帯主が国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療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の保険者名称保険者名称(広域連合名称)と加入期間を記載してください。申請に当たり、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ください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。なお、申請対象年度末日に加入している医療保険については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 「備考」欄には、以下の内容を記載してください。
  - ① 死亡・海外移住・生活保護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方(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きます。)は、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を記載して下さい。
  - ② 計算期間末日に被用者保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済等)の被保険者は、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を記載して下さい。
- (6) 国民健康保険における高額療養費(外来支給申請)は、世帯主と世帯員の支給合計額が世帯主(擬制世帯主)の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (7) 一度に2名以上の対象者の申請を行う場合等、申請書が複数枚になるときは、申請書右下に全体の枚数と何枚目であるかを記載してください。

### 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ください(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください)。
- (2) 各医療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、それぞれの保険者ごとに自己負担額証明書の交付を申請する必要があります。