様式第35号（第19条の2関係）

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	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		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
			年　月　日から　年　月　日まで

給付方法	振込口座記入欄	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本　店 支　店 出張所	金融機関コード	種目	口座番号	フリガナ	
口座振替				－	1.普　通 2.当　座 9.その他		口座名義人	

※上記計算期間中（　　年　月　日～　　年　月　日）、市区町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていました。（ は　い　／　いいえ ）

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				

市（区町村）長
福島県後期高齢者医療広域連合長

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。

なお、支給金は私（申請者）の上記口座に振込してください。口座名義人が私（申請者）と異なる場合は口座名義人を受領人と定め、本申請に係る支給金の受領を委任します。
また、支給後に過誤調整が生じた場合等、後日支給の月間の高額療養費と精算することができるときは、精算することに同意し、精算できないときは、返納することを約束いたします。

※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。

申請者
住　所　〒
氏　名
電話番号　－　－

	枚中		枚目

提出者等	□本　人（右欄記載不要）	氏名		電話番号	
	□代理人（続柄：　　）	住所			

広域連合使用欄		
受　付	入　力	照　合