

申請対象年度	令和〇〇年度	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	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
氏名	広域 太郎			計算期間の始期及び終期	令和〇〇年〇〇月 ~ 令和〇〇年〇〇月											

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで

給付方法	振込口座 記入欄	広域	<input checked="" type="radio"/> 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	1111 - 222	種目	<input checked="" type="radio"/> 普通 2.当座 9.その他	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	コウイキ タロウ
口座振替																口座名義人	広域 太郎

※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			市町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていた場合、「はい」に○をつけ助成を受けていた期間を記入してください。
	2			
	3			

〇 〇 市（区町村）長 様
福島県後期高齢者医療広域連合長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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。

住所 〒960-8043

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。

福島市中町8-2 広域マンション202

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場合は、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。

申請者 氏名 広域 太郎

※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。

電話番号 024 - 528 - 9025

枚中	枚目
----	----

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人（右欄記載不要）	氏名	広域 花子	電話番号	024-528-9025
	<input type="checkbox"/> 代理人（続柄：子）	住所	福島市中町8-2 広域マンション202		

広域連合使用欄		
受付	入力	照合