

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	(保険者等記入欄)						支給申請書整理番号															
フリガナ						生年月日				性別			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			被保険者証記号			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														
☐ 下記口座への振込を希望します。※下記口座情報記載必要																													
☐ 給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。※下記口座情報記載不要（マイナポータル等による事前登録が必要です。）																													
支給方法		振込口座 記入欄		金融機関名		支店名		金融機関コード		種目		口座番号								フリガナ									
口座振込				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店 出張所		－		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 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																											
市町村长 福島県後期高齢者医療広域連合長 令和　　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。																													
	枚中		枚目	提出者等	☐ 本人			氏名						電話番号						広域連合使用欄									
					☐ 代理人（続柄：　　）			住所												受付		入力		照合					

