

(別添様式1)

### 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   |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| 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  |                                | 氏名                                |        | 生年月日    | 生                       | 性別      | 個人番号            |                                |  | 計算期間の始期及び終期 |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| 資格情報  | 国保                             | 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<br>2. 擬制世帯主<br>3. 世帯員   |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
|   | 後期                             | 保険者番号                             |        | 被保険者番号  |                         | 広域連合名称  |                 |                                |  |             |                    | 加入期間                          |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
|   |                                |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| その他   | 保険者番号                          |                                   | 被保険者番号 |         | 保険者名称                   |         |                 |                                |  |             | 加入期間               |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
|   |                                |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| 支給方法  |                                | 口座管理番号                            |        | 金融機関名   |                         | 金融機関コード |                 | 支店名                            |  | 支店コード       |                    | 種目                            |  | 口座番号 |  | 口座名義人(カナ) |  | 振込先口座管理番号 |    |   |      |  |
| 口座振込  |                                |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>4. 貯蓄預金 |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| 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                              |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| 委任状   | 私は、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
|   | 委任者（被保険者）                      |                                   | 氏名     |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    | 印 |      |  |
| 代理人（口座名義人）  |                                | 住所                                |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           | 氏名 |   | (続柄) |  |
| <p>市町村長 様 熊本県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 □□□-□□□□</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>電話番号</p>   |                                |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |
| <p>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。</p> <p>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。</p> <p>なお、支給額に変更が生じた場合は、以降の支給額で調整されることに同意します。</p> <p>※高額療養費（外来年間合算）支給申請の場合、①のみを丸で囲んで下さい。</p> <p>自己負担額証明書交付申請の場合、①・②の両方を丸で囲んで下さい。</p> |                                |                                   |        |         |                         |         |                 |                                |  |             |                    |                               |  |      |  |           |  |           |    |   |      |  |