

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	生年月日	年 月 日	個人番号	計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月
氏 名					

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	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
		滋賀県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
2. 口座振込				本店 支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		

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	届出者の欄 (代理の方が届出される場合)	市町担当課等に通帳を持参し、担当者の確認を受けてください。通帳の写しの添付でも可。 ゆうちょ銀行を除いては、金融機関の確認 (口座開設店に依頼してください) でも可。 通帳確認欄
	1	年 月 日から 年 月 日まで		届出者氏名	
	2	年 月 日から 年 月 日まで		届出者住所	
	3	年 月 日から 年 月 日まで		届出者連絡先	
	4	年 月 日から 年 月 日まで		備考	
5	年 月 日から 年 月 日まで				

※記入する保険者加入歴において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記入してください。

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様 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。 郵便番号 住所

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。 申請者氏名

※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。

高額療養費 (外来年間合算) のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、電話番号

長に委任します。

※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ