

後期高齢者医療高額療養費(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	1.明治 2.大正 3.昭和	年	月	日生	個人番号	
氏名						計算期間の始期及び終期	令和元年8月～令和2年7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
230128			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	豊田市	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
39230008		愛知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 農協	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
2.口座振込						1.普通預金 2.当座預金		

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		年 月 日から 年 月 日まで	
2		年 月 日から 年 月 日まで		
3		年 月 日から 年 月 日まで		
4		年 月 日から 年 月 日まで		
5		年 月 日から 年 月 日まで		

〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1-6-5 国保会館北館3階 愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿	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。	申請者
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。	郵便番号: _____
※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ください。	住所: _____
高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。	氏名: _____ (続柄: _____)
	電話番号: _____ ()

本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入・押印をしてください。

本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入・押印をしてください。

(委任欄)

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 被保険者(相続人) _____

この申請書の高額療養費(外来年間合算)の申請に関すること。
 この申請に基づく高額療養費(外来年間合算)の受領に関すること。

代理人 住所 被保険者(相続人)の住所と同じ
被保険者と住所が違う場合は代理人の住所を空欄に記入

_____ 代理人氏名 _____

電話番号 _____ 被保険者(相続人)との関係 _____

被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、以下の欄にも必ず記入・押印してください。

(誓約書)

後期高齢者医療にかかる高額療養費(外来年間合算)については、被保険者本人が死亡したため、相続人である私が受領します。

私は、遺産分割の時まで責任を持ってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけないことを誓約します。

_____ 相続人氏名 _____

市町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--