

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 | 令和2年度 | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ | 通知書番号 | (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 | コウケン タロウ | 生年月日 | 昭和10年10月10日 生 | 性別 | 男 | 個人番号 | |
| 氏名 | 広域 太郎 | | | | | 計算期間の始期及び終期 | 令和2年8月～令和3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 | | |

| 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 |
| 3923008 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 愛知県後期高齢者医療広域連合 | 令和 2年 8月 1日 から 令和 3年 7月 31日 まで |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------|------------------------------|---------|----|-----------------|-------|--------------------|---------------|-----------------|----------|
| 支給方法 | 振込口座 記入欄 | あいち豊田 | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | 金融機関コード | 西町 | 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 | コウケン ハナコ |
| 2. 口座振込 | | | | | | | | 1. 普通預金 2. 当座預金 | 0 1 2 3 4 5 6 | | 広域 花子 |

| 保険者加入歴 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 | 備考欄 |
|--------|---|---|---|---|---|--------------------------|-----------------|-----|
| | | | | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | |
| | | | | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | |
| | | | | | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | |

指定される【金融機関名】、【本店 または 支店】
【口座番号】 【口座名義人】 を正しく記入してください。
ゆうちょ銀行を指定される場合、案内文の裏面をご参照ください。

申請者欄に記入をお願いします。
◆申請者は被保険者本人若しくは。成年後見人です。
※成年後見人の場合、「登記事項証明書」等の写しを添付してください。
◆被保険者本人が記入することが困難で、ご家族の方が代筆した場合でも、
申請者は被保険者本人となります。

| | |
|---|--|
| 〒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 | 令和 2 年 12月 23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（被保険者） (〒 471-XXXX) |
| 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。 | 住所 <u>愛知県豊田市西町3-60</u> |
| ※ 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。 | 氏名 <u>広域 太郎</u> 続柄 (<u>本人</u>) |
| 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○で囲んでください。 | 電話番号 (<u>0565</u>) <u>34</u> - <u>6959</u> |
| ※ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のあるほかの保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ | |

※被保険者または相続人以外の口座に振込を希望される場合は、裏面委任欄に記入をしてください。
 ※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、裏面誓約書に記入をしてください。

被保険者または相続人以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄にも記入をしてください。

| | |
|--|---|
| <p>(委任欄)</p> <p>私は、口座名義人である 広域 花子 を代理人と定め、次の権限を委任します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> この申請の高額療養費（年間外来合算）の申請、受領すること。 <input type="checkbox"/> この申請に基づく高額療養費（年間外来合算）の受領に関する 代理人（住所） <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ</p> <p>豊田市東町3 マンション××× (電話番号) (0565) 34 - ●●●●</p> | <p>被保険者 広域 太郎</p> <p>氏名 広域 花子</p> <p>被保険者との関係 長女</p> |
|--|---|

申請者と口座名義人が異なる場合、委任欄の記入が必要です。

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をしてください。

| |
|---|
| <p>(誓約書)</p> <p>後期高齢者医療にかかる高額療養費（年間外来合算）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もってこれを管理し、後日相続人の中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)</p> |
|---|

市町村確認欄

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| 受 | | 入 | | 確 | |
| 付 | | 力 | | 認 | |

広域連合確認欄

| | | | |
|---|--|---|--|
| 確 | | 訂 | |
| 認 | | 正 | |