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

受付印

申請対象年度		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		生年月日		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	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
					～

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**	～

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		～		
	4		～		
	5		～		

支給方法	振込口座記入欄	銀　行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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
2．口座振込						1．普通預金 2．当座預金		口座名義人

□　公金受取口座を利用します。
⇒右上の個人番号も記入してください。
（公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。）

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□　公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

〒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

〒４７１－８５０１　愛知県豊田市西町３－６０
豊田市長　殿

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。

※　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。
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。

令和　　年　　月　　日

申請者（被保険者・相続人）

郵便番号　　－

住所

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、以下の欄にも記入をしてください。

（委任欄）

私は＿＿＿