記入例

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

申請区分 (1．新規) 2．変更 3．取下げ　通知書番号 01234567　（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	トヨダ　タロウ	生年月日	昭和１０年１０月１０日　生	個人番号	記入不要です
氏名	豊田　太郎			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
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		愛知県後期高齢者医療広域連合	

①

支給方法	振込口座	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) 口座名義人
2．口座振込	記入欄	○○○		△△		(1．普通預金) 2．当座預金	1234567	トヨダ　ハナコ 豊田　花子

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

【“申請者”は、被保険者の法定相続人です】
①口座情報を記入してください。
②申請者欄に法定相続人の情報を記入してください。
（配偶者や直系卑属の親族など）
③裏面の誓約書を記入してください。

※申請者（法定相続人）と口座名義人が異なる場合は、委任欄も記入してください。

令和 ●● 年 ■■ 月 ▲▲ 日

②

申請者（相続人）

郵便番号 471 － 8501

住所 豊田市西町3－60

氏名 豊田　花子　（被保険者との関係） 妻

電話番号 （ 0565 ） 34 － 6959

※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。

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。

（委任欄）

私は　口座名義人である

豊田　二郎　を代理人と定め、次の権限を委任します。

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（年間外来合算）の受領に関すること。

代理人　（住所）　☑ 相続人の住所に同じ　（住所が違う場合は代理人の住所を下欄に記入）

愛知県豊田市西町3－60

（電話番号）

（ **0565** ） **34** － **6959**

相続人（氏名）

豊田　花子　㊞

※自署の場合、押印不要

本人が記入した場合は、押印は不要です。
【押印する場合は、スタンプ印不可】

代理人（氏名）

豊田　二郎

相続人との関係

子の夫

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。

（誓約書）

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）

③ **豊田　花子**

市町村確認欄

受付		入力		確認	

広域連合確認欄

確認		訂正	