

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				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							
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			
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	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号			口座名義人 (カタカナ)
口座振込										1.普通預金 2.当座預金 ()
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 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、「 <input type="checkbox"/> 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(上記太枠部)の記載は不要です。									
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									
※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。										
大阪府後期高齢者医療広域連合 宛 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。 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。 ※本申請書をもって、保険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						郵便番号		住所		
						申請者氏名				
						電話番号				
太枠で囲まれたところについて、記入してください。なお、口座名義人を被保険者本人以外にされる場合は、裏面(誓約書または委任状)への記入も必要になりますのでご確認ください。										