

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

氏名	生年月日	個人番号 (マイナンバー)																		
		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
39270004		大阪府後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 年 月 日

振込先

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

ア	公金受取口座を振込先に指定します。		※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。																	
	イ	以下の口座を振込先に指定します。		※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。																
		金融機関名	金融機関コード	店名	店舗コード	預金種別	口座番号					口座名義(カタカナ)								
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 ()		普通 当座 その他 ()															

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			

※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 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	年 月 日 申請者(被保険者または相続人代表者) 郵便番号 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 連絡先 _____ 裏面委任状を記入する場合、申請者が 手書きまたは記名押印してください。
---	--

太枠で囲まれたところを記入してください。相続人代表者が申請される場合は裏面誓約書への記入、口座名義を申請者以外にされる場合は裏面委任状への記入が必要です。