

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	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・海外移住者等計算期間中申請

フリガナ	生年月日	年 月 日生	性別	個人番号
氏 名				計算期間の始期及び終期
年 月 ~ 年 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
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		年 月 日 ~ 年 月 日

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
			年 月 日 ~ 年 月 日

支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 農協 ()	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 (フリガナ)
口座振込						1. 普通 2. 当座 9. ()		

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			

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

① 上記対象者について、高額療養費 (年間外来合算) の支給を申請します。

〒 申請者 住 所

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。

氏 名 ㊟

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②いずれも丸で囲んでください。
高額療養費 (年間外来合算) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

電 話 番 号