

## 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・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ		生年月日	生	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
39270004		大阪府後期高齢者医療広域連合	

支給方法			銀行	金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (カタカナ)
口座振込	振込口座 記入欄		信用金庫 信用組合 協同組合			本店 支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 ( )		口座名義人 (漢字)

	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
保険者加入歴	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

※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。

郵便番号 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。

申請者氏名

※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。

電話番号

※本申請書をもって、保険者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

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。