

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	年	月	日生	性別	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 日から 年 月 日まで			
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			
39080007			茨城県後期高齢者医療広域連合			年 月 日から 年 月 日まで			
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 (フリガナ)
1. 窓口払い 2. 口座振込									
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		年	月	日から				
			年	月	日まで				
	2		年	月	日から				
			年	月	日まで				
	3		年	月	日から				
		年	月	日まで					
4		年	月	日から					
		年	月	日まで					
5		年	月	日から					
		年	月	日まで					

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階) 年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

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。 申請代表者

※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。 氏名 印

高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 電話番号

委任欄

私は、 _____ を代理人と定め、高額療養費(外来年間合算)支給に係る 申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

