

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	令和 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(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	明治 大正 昭和	年 月 日 生	性別	個人番号	
氏 名						計算期間の始期及び終期	令和 年 月 ~ 令和 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		

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
39020003		青森県後期高齢者医療広域連合	令和 年 月 日から 令和 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 農業協同組合 ()	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	フリガナ
口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 9. 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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	2	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	3	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	4	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	5	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 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。

郵便番号 _____

住所 _____

※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。

申請代表者 _____

氏名 _____

電話番号 _____

様

「1」を○で囲んでください。ただし、R5.8.1～R6.7.31の途中で後期高齢者医療被保険者の資格を喪失した方は、「2」または「3」のいずれか該当する方を○で囲んでください。

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

(記入例)

申請期	令和 5 年度	申請区分	①.新規	2.変更	3.取下げ	マイナンバーカードの裏面(顔写真のない面)、または通知カードを参照してください。不明の場合は市町村窓口で申請してください。	申請書整理番号	R6.7より前に資格を喪失した方は資格を喪失した年月を記入してください。
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(期間中死亡者あり)		3.計算期間末日以降(期間中死亡者あり)	4.海外移住者あり	5.死亡・海外移住等計	6.申請

フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広城 太郎		昭和						計算期間の始期及び終期	令和 5 年 8 月 ~ 令和 6 年 7 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	資格取得日	資格喪失日	加入期間

R5.8.1～R6.7.31の途中で後期高齢者被保険者の資格を取得した方はその日から、資格を喪失した方はその日までを記入してください。(死亡により資格喪失された方は、資格喪失日の前日までを記入してください。)

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
39020003	00000001	青森県後期高齢者医療広域連合	令和 5 年 8 月 1 日から 令和 6 年 7 月 31 日まで

支給方法	振込口座 記入欄	銀行	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	フリガナ	口座名義人
口座振込	〇〇〇〇	信用金庫 信用組合 農業協同組合	〇〇〇〇	本店 支店 出張所	△△△	①.普通預金 ②.当座預金 ③.その他	△△△△△△△△	コウイキ タロウ	広城 太郎

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
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
1				<p>基本は申請者本人の口座を記入しますが、受領申立書、又は、委任状のある場合は申立者及び委任された方の口座名義を記載してください。</p>
2				
3				
4				
5				

R5.8.1～R6.7.31までの間に、後期高齢者以外の医療保険に加入していた場合は医療保険者名及び、加入期間を記入してください。(自己負担額証明書が必要)

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇〇-〇〇〇〇
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。	住所 青森県青森市〇〇〇町〇〇-〇〇
※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。	申請代表者 氏名 広城 太郎 電話番号 017-721-0000

※申請者と受領者が異なる場合は押印が必要です。