

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	支給申請書整理番号		受付時使用欄	口座管理番号	振込先口座管理番号	受付日	年	月	日
											システム入力者			システム確認者

フリガナ		生年月日	年	月	日	個人番号										
被保険者氏名												年	月	～	年	月

(基準資格情報者)	種別	保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		続柄	保険者名称		計算期間内の加入期間			
	国民健康保険							1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員			年 月 日から 年 月 日まで			
	種別	広域連合番号	保険者番号	被保険者番号 (後期高齢者医療)			広域連合名称			計算期間内の加入期間				
	後期高齢者医療	39340005	39342043				広島県後期高齢者医療広域連合			年 月 日から 年 月 日まで				

振込先情報	銀行	口座管理番号	振込先口座管理番号	種目	口座番号 (右詰で記入)	口座名義人	フリガナ	
	金庫組合	金融機関コード		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			フリガナ	
	支店出張所 ()	店舗コード					氏名 (漢字)	
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください	記号・番号			※記号・番号はゆうちょ銀行で口座番号不明の場合記入		住所	

保険者加入歴 ※1	保険者名	計算期間内の加入期間			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				

※1 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。

広島県後期高齢者医療広域連合長 様	市・区・町・村 長 様	年 月 日
1 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ください。 高額療養費 (外来年間合算) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。	郵便番号	—
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。また、次のア～ウに同意します。	住 所	
ア 月間の高額療養費が発生した場合、届出の口座に振り込まれること	申請者氏名	
イ 高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更となった場合には、その後の高額療養費で調整されること		
ウ 県または市町村による福祉医療助成制度の利用に伴い、高額療養費が発生した場合には、助成額分による高額療養費の全部または一部を県または市町村が受領すること		
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。		
2 本申請書をもって、保険者加入歴 (※1) 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	電話番号 ()	—

委任状	高額療養費の申請に関する権限について、申請者に委任します。 委任者氏名	高額療養費の受領に関する権限について、口座名義人に委任します。 委任者氏名	※申請または振込口座を本人以外とする場合は、左記に記入してください。
-----	--	--	------------------------------------

記入上の注意事項等

1. 高額療養費（外来年間合算）支給申請について

- (1) 医療保険の1年間の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合にその超えた額が高額療養費（外来年間合算）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険の資格情報を記入してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険に変更があった場合、保険者加入歴欄に以前に加入していた医療保険の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記入し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記入してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記入してください。なお、申請対象年度末日に加入している医療保険については、当該保険者加入歴欄への記入は不要です。
- (5) 備考欄には、以下の内容を記入してください。
 - ①死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
 - ・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
 - ②保険者加入歴において、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者
 - ・加入時の被保険者又は世帯主の氏名、生年月日、現住所
 - ③被保険者本人の記入が困難で、代筆する場合
 - ・代筆者の住所、氏名、申請者（被保険者）との続柄
- (6) 国民健康保険における高額療養費（外来年間合算）は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご了承ください。
- (7) 保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して支給申請する場合は、2の「はい」を丸で囲んでいただき、個人番号及び保険者加入歴欄を必ず記載してください。他の保険者に対して支給申請しない場合は、2の「いいえ」を丸で囲んでください。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記入して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記入しないでください）。
- (2) 各医療保険資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。