

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

保険者番号		支給申請書整理番号	
被保険者番号		申請対象年度	

フリガナ			
氏名 (被保険者)		計算期間	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	個人番号	
住所	〒		

上記対象者について、
 { 1 高額療養費(外来年間合算)の支給
 2 自己負担額証明書の交付 } を申請します。

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

年 月 日
 (宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長
 〒
 住所(※) _____

※ 被保険者住所と同一の場合は住所の記載は省略可

申請者
 氏名 _____
 電話番号 (_____)

口座情報記入欄	払い戻し方法は 金融機関口座 または 公金受取口座 の いずれか1つ をご選択ください。両方記入されている場合、公金受取口座を優先します。		
振 込 先 口 座	<input type="checkbox"/> 下記の口座で振込先に指定します。 		<input type="checkbox"/> マイナンバーに紐づけされた 公金受取口座 を指定します。 記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。 ※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。 ※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	種目 普通 口座番号
	金融機関コード	支店コード	口座名義人 (カタカナ)
			口座名義人

委任状	私は、次の者に高額療養費(外来年間合算)の受領に関する一切の権限を委任します。		
	受任者(口座名義人) 〒 住所 _____	委任者(申請者) 氏名 _____ (印)	
	氏名 _____	氏名 _____	

基準日時点ご加入の医療保険資格情報			
保険者番号		続柄	保険者名称
被保険者番号		1. 世帯主	神奈川県後期高齢者 医療広域連合
		2. 擬制世帯主	
		3. 世帯員	
		計算期間における加入期間	
		年 月 日から 年 月 日まで	

【計算期間中に変更があった場合のみ記入】

医療保険者加入歴	添付の自己負担額証明書番号	
保険者番号	続柄	保険者名称
被保険者記号	1. 世帯主	計算期間における加入期間
被保険者番号	2. 擬制世帯主	
	3. 世帯員	
		年 月 日から 年 月 日まで

医療保険者加入歴	添付の自己負担額証明書番号	
保険者番号	続柄	保険者名称
被保険者記号	1. 世帯主	計算期間における加入期間
被保険者番号	2. 擬制世帯主	
	3. 世帯員	
		年 月 日から 年 月 日まで

【職員使用欄】

備考	職員確認事項	支給決定金額	受付印				
	本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書添付なし確認済み <input type="checkbox"/> 申請書受付数 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">枚中</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">枚目</td></tr> </table>		枚中		枚目	円	
	枚中						
	枚目						