

## 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
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		個人番号	
氏名		年 月 日生		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	保険者名称	加入期間		
3906		山形県後期高齢者医療広域連合			

振込口座	金融機関名	店舗名	種目	普通・当座	口座番号
	口座名義カタカナ				

	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			

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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。 住 所 \_\_\_\_\_

※ 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。 申請者 \_\_\_\_\_

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ください。 電話番号 \_\_\_\_\_

申請日 年 月 日 氏 名 \_\_\_\_\_

※           で囲まれた部分をご記入ください