

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				

保険者加入歴	1	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
	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