

# 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	平成	年度
--------	----	----

(保険者等記入欄)

支給申請書整理番号	
-----------	--

フリガナ		生年月日	年	月	日生	性別		個人番号	
氏名								計算期間の始期及び終期	年

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		年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店・支店 ( )	支店コード	種目	口座番号	口座名義人 (カタカナ)												
					1.普通 2.当座 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	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		
	4	年 月 日から 年 月 日まで		
	5	年 月 日から 年 月 日まで		

(宛先) 市(町)長 石川県後期高齢者医療広域連合長	平成 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。	住所
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、①・②のいずれも○印で囲んでください。 高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合は、①のみを○印で囲んでください。	氏名 印
	電話番号