

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	(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	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		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 1.普通 2.当座 9.その他	口座番号	口座名義人 (カタカナ)												

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	年 月 日
	石川県後期高齢者医療広域連合長	
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。		申請代表者 住所
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。		
※ 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。		氏名
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。		電話番号

※市町確認欄	代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）			番号確認	
	☐ 本人の資格確認書等	1点	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証	☐ 障害者手帳	☐ 個人番号カード
	☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書		☐ プレ印字書類	☐ その他 ()	☐ 通知カード ☐ システム	
☐ システム(同一世帯確認)	2点	☐ 資格確認書	☐ 年金手帳		☐ その他	
☐ その他 ()		☐ その他 ()		()		

備考

この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

記入上の注意事項等

1 高額療養費(外来年間合算)等支給申請について

- (1) 医療保険の外来療養に係る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載してください。
- (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に加入する医療保険に変更があった場合、保険者加入暦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）と加入期間を記載し、
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載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
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、当該保険者加入暦欄への記載は不要です。

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載してください（2 以上の市町村の保険者番号を記載しないでください。）。
- (2) 各医療保険（介護保険）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。

保険者記入上の注意事項

2 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。

「G Y Y（申請対象年度和暦、平成の場合、G は“4”）＋保険者番号 8 桁（国保保険者の場合、先頭 2 桁を“0 0”とし、介護保険者の場合、先頭 2 桁を“9 9”とする）＋保険者が付する通し番号 8 桁」（計 1 9 桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に 1 から付番すること。