

通知書 No. :

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	令和 年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住なし）		2 計算期間末日以降申請（期間中死亡あり）		3 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住あり）		4 死亡・海外移住等計算期間中申請	

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

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 ~ 令和 年 月 日

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
		徳島県後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 令和 年 月 日

支給方法	口座管理番号	口座記入欄	銀行・金庫 組合・農協	金融機関コード [*]	種目	口座番号						口座名義人
			本店・本所 支店・支所・出張所	店舗コード [*]	1 普通 2 当座 3 貯蓄							

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			
2				

委任状	私は、高額療養費（外来年間合算）の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。 委任される人（口座名義人）氏名： _____ 住所：〒 _____ 都・道 府・県 _____ 市・区 町・村 _____			
	委任する人（申請者）	氏名： _____	印 _____	

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

- 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。

※自己負担額証明書の交付を行う場合は、1・2いずれも○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○で囲んでください。

〒 _____ 年 月 日	申請者住所：	都・道 府・県 _____	市・区 町・村 _____
申請者名：	電話番号： _____		
代筆者名：	電話番号： _____		
(続柄： _____)			