

後期高齢者医療高額療養費(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	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号				
フリガナ	氏名		生年月日		年 月 日生		個人番号							
フリガナ							計算期間の始期及び終期				年 月～ 年 月			
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		保険者名称				加入期間						
								年 月 日から 年 月 日まで						
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 協同組合 ()		本店 支店 出張所	種目	口座番号				フリガナ				
1. 口座振込 2. 窓口払い		金融機関コード	店舗コード		1.普通預金 2.当座預金 ()					口座 名義人				
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					
	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												
市町村長 様 岩手県後期高齢者医療広域連合長 様										〒 ー ー 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。										申請者 住 所 _____				
※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。 高額療養費(外来年間合算)の支給申請だけを行う場合は、1のみを丸で囲んでください。 ※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。はい/いいえ										氏 名 _____				
										電話番号 ー ー _____				
										枚中		枚目		

ご記入上の注意事項等

1 後期高齢者医療高額療養費（外来年間合算）支給申請について

- (1) 外来療養に係る額を合計した結果、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」欄中、「2. 擬制世帯主」とは、世帯員が国保の被保険者であり、世帯主が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てください。申請に当たり、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、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。

- (5) 「備考」欄には、以下の内容を記載してください。
 - ① 死亡・海外移住・生活保護適用等により計算期間の途中で被保険者資格を喪失した方(ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除きます。)は、被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由を記載してください。
 - ② 計算期間末日に被用者保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済等)の被保険者は、健保組合等被用者保険の名称、所在地及び同保険者における計算期間内の受診歴を記載してください。
 - ③ 保険者加入歴において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記載してください。
- (6) 国民健康保険における高額療養費(外来支給申請)は、世帯主と世帯員の支給合計額が世帯主(擬制世帯主)の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (7) 一度に2名以上の対象者の申請を行う場合等、申請書が複数枚になるときは、申請書右下に全体の枚数と何枚目であるかを記載してください。

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、それぞれの保険者ごとに自己負担額証明書の交付を申請する必要があります。