

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
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(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

氏名	生年月日	年	月	日生	個人番号												
		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	広域連合名称	加入期間
39010004		北海道後期高齢者医療広域連合	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 信用組合 農業協同組合 ()	金融機関コード	本店 支店 出張所 ()	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 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		

〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目
(宛先) 北海道後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

郵便番号
住所

申請代表者
氏名

電話番号

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申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

※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

備考

1. この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

1. 高額療養費（外来年間合算）の支給申請について

- (1) 1年間の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下さい。
- (3) 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てください。
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下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入履歴欄への記載は不要です。
- (4) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - ① 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下さい。
 - ② 死亡・海外移住・生保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者（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く）
- (5) 国民健康保険における高額療養費（外来年間合算）は、世帯主・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、ご留意下さい。

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下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (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、それぞれの保険者へ申請する必要があります。