

### 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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	個人番号（マイナンバー）12桁を記入してください。
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. 計算期間末日以降申請（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	

フリガナ	コウイキ レンゴロウ	明治	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 連五郎	生年月日 大正 12年 3月 4日 生 昭和	計算期間の始期及び終期	令和 ●●年 8月 ~ 令和 ●●年 7月

保険者情報	保険者名称	加入期間
香川県の共通番号です。各市町の番号とは異なります。	後期高齢者医療被保険者証に記載の被保険者番号（8桁）を記入してください。	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
3 9 3 7 0 0 0 2	1 2 3 4 5 6 7 8	香川県後期高齢者医療広域連合	令和 ●●年 8月 1日から 令和 ●●年 7月 31日まで

支払方法	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
① 窓口払い ② 口座振込	さめき	さめき	本店支店出張所	①普通預金 ②当座預金 ③その他( )	0 0 0 0 0 0 1	口座名義人
						コウイキ レンゴロウ 広域 連五郎

保険加入	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
		年 月 日から 年 月 日まで		

金融機関名・支店名を正確に記入し、該当するものに○を付けてください。  
※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)の口座。  
※ 「金融機関コード」、「店舗コード」は記入の必要はありません。

通帳に記載されているカナ氏名及び漢字氏名を記入してください。  
※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)の口座名義人。

〒760-0066 香川県高松市福岡町二丁目3番2号	申請者 氏名 広域 連五郎
被保険者の住所・氏名を記入してください。電話番号は連絡の取れる番号を記入してください。	〒760-0066 住所 高松市福岡町二丁目3番2号
① 上記対象者について、高額療養費 ② 上記対象者について、自己負担額 ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う高額療養費（外来年間合算）の支給	氏名 広域 連五郎 電話番号 087-811-1866

※ 被保険者が死亡している場合は、相続権のある方(の代表者)が申請者となります。