

様式第40号の6（第23条関係）

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（期間中死亡・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
氏名
コウイキ レンゴロウ
広域 連五郎

生年月日
明治
大正
昭和
12年3月4日生

個人番号
123456789012
計算期間の始期及び終期
令和●●年8月～令和●●年7月

香川県の共通番号です。
各市町の番号とは異なります。

後期高齢者医療資格確認書等に記載の
被保険者番号(8桁)を記入してください。

保険者名称
加入期間
令和●●年●月●日から令和●●年●月●日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号
39370002

被保険者番号
12345678

広域連合名称
香川県後期高齢者医療広域連合

加入期間
令和●●年8月1日から令和●●年7月31日まで

支給方法
1. 窓口払い
② 口座振込

振込口座
記入欄
さめき

金融機関コード
さめき

本店
店舗コード
種目
① 普通預金
2. 当座預金
3. その他
0000001

口座番号
0000001

フリガナ
口座名義人
コウイキ レンゴロウ
広域 連五郎

保険加入

1

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

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

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。
※ 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。

申請者
〒760-0066
住所 高松市福岡町二丁目3番2号
氏名 広域 連五郎
電話番号 087-811-1866

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