

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	□新規 □変更 □取下		
申請形態	□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）		□計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）		□計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）
後期高齢者医療資格情報	保険者番号・名称	39040001 宮城県後期高齢者医療広域連合	被保険者氏名・生年月日	明・大・昭 年 月 日生	
	被保険者番号		個人番号（マイナンバー）		
	加入期間	年 月 日～ 年 月 日	計算期間の始期及び終期	年 月 日～ 年 月 日	支給見込額
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
		年 月 日～	年 月 日		

(宛先) 宮城県後期高齢者医療広域連合長、各保険者の長

①高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。また、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。 ②自己負担額証明書の交付を申請します。

申請者 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

氏名 _____

被保険者を記入。ただし、被保険者がお亡くなりになった場合は相続人代表者を記入。

公金受取口座を利用します。
 ※マイナンバーとともに国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は☑してください。(口座を登録していない方や、相続の方、被保険者以外の口座に振り込み希望の方は利用できません。)公金受取口座を利用する場合、口座情報の記載は不要です。
 ※マイナポータルで公金受取口座を変更した場合は、お住まいの市区町村へ口座変更届の提出が必要です。

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ()		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通
	市区町村記入欄 金融機関コード		市区町村記入欄 店舗コード			<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号					<input type="checkbox"/> 貯蓄
口座名義人（カタカナ）						

申請者以外の口座への振り込みを希望される方は、次の委任欄もご記入ください。

【委任欄】 私は、下記代理人に高額療養費（外来年間合算）の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者） 氏名 _____

受任者（代理人） 氏名 _____

市区町村確認欄	受領申出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要	口座入力	<input type="checkbox"/> 相続人	申請入力
---------	------	--	------	------------------------------	------