

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）		□死亡・海外移住等計算期間中申請	
後期高齢者医療資格情報	保険者番号・名称	宮城県後期高齢者医療広域連合		被保険者氏名・生年月日		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		～		支給見込額 円	
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						
			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 被保険者。ただし、 被保険者がお亡く なりました場合 は相続人代表者を 記入。	申請日	年 月 日	
	氏名	電話番号	
	住所		

振込先（①へ記入または②へチェックしてください）

① 口座へ振込	口座名義人（カタカナ）											
	銀行・信金 農協・信組				本店・支店 出張所				預金種別	□普通 □貯蓄 □当座		
	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					
	口座番号	ゆうちょ銀行の場合、店名は3桁の漢数字（八一八など）を記入してください。										
② 公金受取	☐ 公金受取口座を利用します。注意：市区町村に届出している口座や年金の受取口座ではありません。 ※マイナンバーとともに国に事前登録した、マイナンバーカードと紐づけしている口座です。 （マイナンバーカードを作成していない方や口座を登録していない方、相続人の方、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、①の口座情報の記入は不要です。 ※公金受取口座を登録しているか不明の場合は、①に口座情報を記入してください。											

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	□済 □不要	口座入力	□相続人	申請入力
---------	------	--------	------	------	------