

※太枠線内のみご記入ください。

フリガナ		生年月日	被保険者番号	個人番号																
被保険者氏名																				

**【1.振込口座記入欄】**

振込先金融機関名	支店名	種目	口座番号						フリガナ	口座管理番号
銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所 ( )	普通 当座 貯蓄							口座 名義人	

**【2.申請欄】**

(あて先)  
(あて先)  
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長  
上記被保険者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。

上記被保険者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

(申請者) 年 月 日

住所 〒 -

氏名 (印) (自署の場合は押印不要)

電話番号

**【3.委任欄】**

※申請者と別の人の口座に振込みを希望する場合はご記入ください。

支給される高額療養費(外来年間合算)の受領を下記の人に委任します。

委任する人(申請者)

氏名 (印) (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人(口座名義人)

住所 〒 -

氏名 委任する人との関係 ( )

電話番号

(保険者等記入欄)以下の欄には記入しないでください。

申請対象年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	支給申請書整理番号	計算期間の始期及び終期		
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	
資格情報	国民健康保険	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	
	後期高齢者医療	保険者番号	被保険者番号		広域連合名称		加入期間	
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		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	1				3			
2					保険者確認欄			