

受付印

後期高齢者医療 高額療養費・外来年間合算  
 高額医療・高額介護合算療養費  
 支給(見込)証明申請書

年 月 日

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (窓口に来た人)

住 所			
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 ・
氏 名	①		
電話番号	( ) -	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
被保険者以外の方が申請する場合	<input type="checkbox"/> 私は証明書申請に関する権限の委任を受けています		

下記の被保険者に係る 令和 年 後期高齢者医療 高額療養費、外来年間合算、高額医療・高額介護合算療養の支給証明を申請します。

使用目的	<input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> 住民税申告 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
必要証明	<input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 外来年間合算 <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費		
証明が必要な被保険者	<input type="checkbox"/> 同上 (上記の申請者と同じ)		
	住 所		
	氏 名		
	生年月日	明・大・昭 ・	
被保険者番号			

【受付】 (市・町)

本人確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	決 済	課 長	課 員	広域連合	確 認