

後期高齢者医療高額療養費支給申請書（新規・変更）

個人番号はわからない場合、空欄可

| | | | |
|--|---|-------|---|
| 被保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 氏名 | 広域 太郎 | | |
| 生年月日 | 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 電話番号 | 〇〇〇-□□□-△△△△ |
| 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か | | | |
| 受けられる（制度名 - ）（費田徴収の 有 ・ 無 ） | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は「受けられる」に記入してください。 </div> | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 1 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 2 その他（疾病等・自損事故） <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 口座振込先 | 金融機関名 | | 口座種別 |
| | ゆうちょ 銀行・信用金庫 農協・信用組合 | 248 店 | 普通・当座 |
| | 口座番号 | フリガナ | コウイキ ハナコ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | 口座名義人 | 広域 花子 |
| 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、以後発生する高額療養費の支給については、この申請をもって支給されることを了承します。 また、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。 令和 △△年 △△月 △△日 申請者 郵便番号 501-6111 住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地 氏名 広域 太郎 電話 (〇〇〇) □□□-△△△△ | | | |

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

| | | |
|-----------------|---------------------------|---|
| 委任欄 | 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 | |
| | 私はこの高額療養費支給申請を下記の者に委任します。 | |
| | 委任する人（被保険者） | この委任欄については以下のとおりです。 ・申請者は被保険者本人⇒記載なし ・申請者は相続人(被保険者死亡)⇒記載なし、ただし申立・誓約書が必要 ・申請者は被保険者以外(被保険者存命)⇒記載必要 |
| | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 委任を受ける人 | |
| 住所 | | |
| 氏名 | | |
| 委任する人（被保険者）との関係 | | |