

記入例

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

字句の訂正をされる場合は、訂正箇所にも二重線を引いてください。(訂正印は不要です。) 決して、修正テープや修正液は使用しないでください。

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	<input checked="" type="radio"/> 重度心身障害者医療費助成制度(福祉医療)などを 受けている方は「受けられる」に○を記入してください。費用徴収の (有 ・ 無)																					
受けられない	<input type="radio"/> 負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1に○を記入してください																					
発病又は負傷の理由	1 第三者行為(交通事故等) 2 その他(疾病等・自損事故)																					
受取口座	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用 ※給付金等の受取口座として、上記の「 <input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座」を利用する場合 ※本申請書提出後に公金受取口座を金融機関から変更する場合は、本申請書提出後に公金受取口座を金融機関から変更してください。																					
振込先	〇〇 銀行・信用金庫 △△支 (店) 普通・当座 () 農協・信用組合 ()																					
	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							
(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 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) □□□-△△△△																						

受けられる (有 ・ 無)

個人番号はわからない場合、空欄可

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1に○を記入してください

公金受取口座を希望される場合は、チェックボックスにチェックを入れてください。その場合、振込先の記入は不要です。
 ※「公金受取口座」とはマイナンバーカード作成時等に登録したマイナポータルにて確認できる口座のことです。

公金受取口座を利用されない場合は、高額療養費の振り込みを希望する銀行名等を記入してください。

記入された日付と、申請者の方の情報を記入してください。

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	(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 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) 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																				
	被保険者以外が申請する場合は、委任欄への記入をお願いします。 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																				