

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

※ 太枠の中をご記入ください。

被保険者番号									個人番号 (マイナンバー)	※ 不明・亡くなられた方の場合には記入不要です。
氏 名										
生 年 月 日	明治								大正	年
	昭和								電話番号	
	※ 日中、連絡のつく電話番号を記入してください。									

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 ー) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	

(委任状) ※ 被保険者または相続人名義以外の口座に振込を希望する場合、必ず委任状の記入が必要です。

私は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

申請者 (被保険者または相続人)

住所 _____

氏名 _____

代理人 (口座名義人)

住所 _____

氏名 _____

高額療養費の受取口座として、①受取口座情報もしくは②公金受取口座利用のいずれかを選択して記入してください。

①受取口座情報 受取を希望される口座情報の記入をお願いします。

振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協 ・ 漁 協	本 店 ・ 支 店 ()						預 金 種 別	普 通 座 ()	
口座番号 (7桁)								ゆうちょ銀行へ振込を希望される場合は、 振込用の「店名」「口座番号」を記入してください。		
口座名義人 (カタカナ)										

※ 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

※ 口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

②公金受取口座利用 公金受取口座を希望される場合はチェック (✓) をしてください。

☐ 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)
--

※ 公金受取口座利用には「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。

※ ①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェックがついていた場合、①受取口座情報の登録を優先します。

山口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。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者または相続人) 住 所 氏 名

※ 提出先は別紙「高額療養費の支給申請について (お知らせ)」に記載のある市役所 (町役場) です。