

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	0								個人番号 (マイナンバー)										
被保険者氏名									生年月日		昭和 年 月 日								
住 所																			

後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。

振込先金融機関	銀 行 信用金庫・信用組合 労働金庫 農協・信漁連	本店 支店・支所 本店営業部 出張所						預金種別	普 通 ()										
		金融機関コード				店番号													
口座番号 (右詰めで記入)																			
口座名義人 (カタカナで記入)																			
公金受取口座		☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック「✓」をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。 ※ 公金受取口座は、被保険者本人しか利用できません。																	

長崎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。
あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。

年 月 日

郵便番号 _____

申請者
(被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

《委任状》

私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する高額療養費の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

郵便番号 _____

被保険者氏名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

被保険者となられた方へ、高額療養費支給事前申請のお知らせ

1 月に支払った医療費（保険適用分）が高額になったときに、自己負担限度額を超えた分が払い戻される制度（高額療養費制度）があります。

高額療養費の申請は、一度振込口座の申請をしていただければ、次回以降の申請は必要ありません。

高額療養費の支給は、診療を受けた月から最短で約 3 か月後となります。

以下の記入例を参考に裏面申請書をご記入のうえ、市役所又は町役場の後期高齢者医療担当窓口（支所等も可）に高額療養費支給の事前申請をお願いします。

提出時には口座番号等を確認する場合がありますので、通帳をご持参ください。

記入例

振込先金融機関

- ①振り込みを希望される口座の『金融機関名』・『口座開設店名』・『口座番号』・『口座名義人』を正確にご記入ください。（金融機関コード及び店番号が不明な場合は記入不要です。）
- ②ご本人様名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、『委任状』が必要です。下記委任状欄の記入もあわせてご記入ください。
- ③公金受取口座は被保険者本人が被保険者本人の登録口座を利用する場合にのみチェックしてください。

振込先金融機関	ゆうちょ	銀行	七六八				本店	預金種別	普通		
		信用金庫・信用組合					支店・支所				
		労働金庫					本店営業部 出張所				
		金融機関コード		店番号							
		9	9	0	0	7	6	8			
口座番号 (右詰めで記入)		0	1	2	3	4	5	6			
口座名義人 (カタカナで記入)		コウイキ ジロウ									
公金受取口座		☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック「✓」をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。 ※ 公金受取口座は、被保険者本人しか利用できません。									
※ ゆうちょ銀行を登録する場合 通帳の表紙を開き、ページ下部の銀行使用欄に記載してある以下の内容をご記入ください。 【店名】七六八 【店番】768 【預金種目】普通預金 【口座番号】●●●●●●●●											

申請者
(被保険者)

被保険者本人の住所、氏名等をご記入ください。
※成年後見人に選任された方が申請される場合は、登記事項証明書等の写しを添付してください。

令和〇年〇月〇〇日

郵便番号 850-0875

申請者
(被保険者)

住 所 長崎市栄町4番9号

氏 名 広域 次郎

電話番号 095-816-3930

委任状

ご本人様名義以外の口座に振り込む場合は、委任状欄をご記入ください。

《委任状》

私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する高額療養費の受領に関する権限を委任します。

令和〇年〇月〇〇日

郵便番号 850-0875

被保険者氏名 広域 次郎

代理人

住 所 長崎市栄町4番9号

氏 名 広域 花子

続柄 妻

電話番号 095-816-3930