

< 記入例(表) >

(表)

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

通帳等を確認の上、正確に記入してください。

※ゆうちょ銀行(郵便局)へのお振込も出来ます。但し、振込用の店名(三桁の漢数字)・預金種目・口座番号(七桁)が必要です。裏面に記入例を記載していますので参考にしてください。

提出日を記入してください。
※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者(本人)との関係を記入のうえ、捺印してください。

保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
フリガナ	コウイク タロウ											
氏名	広城 太郎								性別	(男)・女		
生年月日			明・大・(昭)		3年		2月		1日			
住所	〒840-0201				(電話 0952-64-8476)							
疾病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等)								(2) その他(自損事故・疾病等)			

振込先口座	金融機関名			預金種目		口座番号(右詰)										
	広城	銀行		本店	1	普通										
		金庫		支店	2	当座										
	信用組合		支所	4	貯蓄											
	農協・漁協		出張所	9	その他											
	金融機関コード			店舗コード												
フリガナ			コウイク タロウ													
口座名義人			広城 太郎													

(注) 被保険者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀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。また、過誤調整等により支給済の高額療養費に返納が生じた場合は、次回以降の高額療養費で支給調整することに同意します。

平成 ○年○月○日

申請者 (記入された方)	住所	〒840-0201 (電話0952-64-8476)	
	氏名	広城 太郎 (印) 被保険者との関係 (本人)	

記入しないでください。

〔市町記入欄〕		市町(支所)名 []		受付日 [H . . .]		受付者名 []		郵送	
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示			②被保険者からの委任状持参					
	③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類			④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示					
番号確認方法 (右記 番で確認)	⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示			⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認					
	⑦その他 ()								
				入力日	H . . .				
〔広域連合処理欄〕									
受付日	業務課長	副課長	給付係長	係員	担当	入力日	H . . .		
H . . .						処理	月診療分受付		

(注) 被保険者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状を必ずご記入ください。

< 記入例 (裏) >

(裏)

< 委任状 >

被保険者と口座名義人が違う場合は、この委任状も忘れずにご記入ください。

私(被保険者)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する。

被保険者の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

被 保 険 者 (本人)	住 所	氏 名
		(印)

口座名義人の住所氏名を記入のうえ捺印してください。

(口座名義人) 代 理 人	住 所	氏 名
		(印) 被保険者との関係 ()

ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合の記入例

ゆうちょ銀行の記号・番号

記 号	番 号
1 7 7 0 0	1 2 3 4 5 6 7 1

2~3桁目に8を加え、数字を漢数字にしてください。

末尾の「1」を削除してください。
※数字が7桁でない場合は先頭に0を追加してください。

振 込 先 口 座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)							
	ゆうちょ	七七八	①普通 ②当座 ④貯蓄 ⑨その他	1	2	3	4	5	6	7	
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ		コウイキ タロウ								
	口座名義人		広域 太郎								