

記入例

後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

保険者番号	39102017	被保険者番号	12345678
個人番号	123456789012		
被保険者氏名	前橋 太郎		
生年月日	明・大 昭 ○○年 ○○月 ○○日		
他の制度により自己負担額相当額	<input type="checkbox"/> ア. 受けている (制度名ー <input checked="" type="checkbox"/> イ. 受けていない		
発病または負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> 2: その他 (自損事故・疾病等)		

※該当する数字に○をつけてください。
 ※「1: 第三者行為 (交通事故等)」の場合は、別途届出が必要となります。

口座	赤城	銀行・農協 信金・信組	本店 前橋	種別 普通	口座番号					
			支店 マエバシ タロウ		0	1	2	3	4	5
			支店コード							
			前橋 太郎							

※更生医療、特定疾患、福祉医療などの医療費の助成を受けている場合は「ア. 受けている」を○で囲み、制度名、費用徴収の有無を記入してください。

上記のとおり高額療養費の支給を申請するとともに、支給決定日以降該当となる高額療養費の申請に関する権限を群馬県後期高齢者医療広域連合に委任します。また、審査等により過払いとなった場合には、次回以降の高額療養費と調整することに同意します。

なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たさず、高額療養費の支給の全部又は一部を差し止めることに同意します。

被保険者を記入してください。

○○年 ○○月 ○○日
 (〒 371-8601)

住所 群馬県前橋市大手町二丁目12番1号

申請者

(被保険者・申立人) 氏名 前橋 太郎

被保険者との続柄 (本人)

電話番号 012 (345) 6789

私は下記の受領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。

住所
受領者
(上記口座名義人) 氏名

被保険者以外の口座に振り込みを希望する場合は、□に✓を記し、「受領者」欄に口座名義人の住所・氏名等を記入してください。

来庁者
(申請書の提出者)

郵送申請する場合、または被保険者本人が窓口にて申請する場合はこちらの欄は記入不要です

注：来庁者が上記申請者に同じ場合及び郵送の場合は記入不要です。

市町村受付	市町	月	日	広域担当
こちらの欄は記入不要です				