

記入例

変更

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
被保険者氏名	前橋 太郎		
生年月日	明・大 昭 ○○年 ○○月 ○○日		
他の制度に加入しているかどうか	ア.受けていない イ.受けている		
発病または負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)		

こちらの欄は記入不要です。

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

公金受取口座を指定する
※個人番号「マイナンバー」が必要。

こちらの欄は記入不要です。

公金受取口座を利用しません。
※公金受取口座を利用しない場合は、口座情報(下記枠部)の記入をしてください。

振込先口座記入欄	金融機関	赤城山	銀行・農協 信金・信組 ()	支店	前橋 ()	種別	本店 支店 ()	普通	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード			支店コード												
	口座名義人	フリガナ	マエバシ タロウ	氏名	前橋 太郎											

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
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した場合は、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。

○○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

私以外の口座に振り込みを希望する場合は、口に✓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。

受領者 (上記口座名義人) 氏名 () 電話番号 ()

被保険者以外の口座に振り込みを希望する場合は、口に✓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。

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。

令和 年 月 日	広域担当
----------	------

こちらの欄は記入不要です。

こちらの欄は記入不要です。