

記入例

更

後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

休業者番号	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		
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けているか否か			
ア. 受	(費用徴収の 有・無)		
イ. 受	2: その他 (自損事故・疾病等)		
発病または負傷の理由			

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	← 記入必須
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

公金受取口座を利用します。 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。

※個人番号を記入してください。
 ※「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。

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	銀行・農協	本店	種別	口座番号
	金融			
	口座名義人	フリガナ	氏名	

公金受取口座の利用を希望する場合は、こちらの欄は記入不要です。

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

被保険者との続柄 (本人)

(被保険者・申立人) 氏名 前橋 太郎

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

受領者

公金受取口座の利用を希望する場合は、こちらの欄は記入不要です。

(上記口座)

来庁者

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。

(申請書の)

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。

令和	年	月	日	広域担当
こちらの欄は記入不要です。				