口座変更

様式第２９号

後期高齢者医療　**高額療養費**支給申請書

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名			
生 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．受けている　（制度名－　　）　（費用徴収の　有・無　）

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）　２：その他（自損事故・疾病等）

個　人　番　号	

□ 公金受取口座を利用します。

※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 信金・信組 （　　）		本店 支店 （　　）		種別	口座番号
					普通 （　　）	
	金融機関コード		支店コード			
	口座名義人	フリガナ				
		氏名				

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

（〒　　－　　）

住　所

申請者　　被保険者との続柄（　　）

（被保険者・申立人）氏　名　　電話番号　　（　　）

□ 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　　申請者との続柄　（　　）

（上記口座名義人）氏　名　　電話番号　　（　　）

（〒　　－　　）

住　所

来庁者　　申請者との続柄　（　　）

（申請書の提出者）氏　名　　電話番号　　（　　）

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	市町村担当

広域記入欄	支給決定日		令和　　年　　月　　日	広域担当
	不備	入力		