

記入例

- ① マイナンバーカード等に記載されている 12 桁の番号を記入してください。
(被保険者本人が死亡している場合は記入不要です。)

- ② 国、府等の公費医療を利用しており、自己負担額が軽減されている場合は“受けている”に○を記入してください。

不明な場合は空白でもかまいません。

- ④ 申請者欄を必ず記入してください。

- ・ 被保険者本人の情報を記入してください。

※法定代理人が申請する場合は、「代理権を証明する書類（登記事項証明書等）」（写し可）も提出してください。

被保険者本人が死亡の場合は、相続人代表者の情報をご記入ください。

また、別紙誓約書も記入してください。

申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状欄を記入してください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	1	個人番号																																	
氏名											生年月日			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おられますか																																			
受けている		(制 度 名 —)										(費用徴収の 有 ・ 無)																							
受けていない																																			
発病又は負傷の理由		1: 第三者行為 (交通事故等)										2: その他 (自損事故・疾病等)																							
<p>下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。</p>																																			
振込先	ア	公金受取口座を振込先に指定します。										※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。																							
	イ	以下の口座を振込先に指定します。										※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。																							
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()										店名	本店・支店 ()				預金種別	普通 当座 その他 ()																	
	口座番号											網掛け部は記入不要です。該当するものに○をつけてください。																							
	口座名義 (カタカナ)																																		
口座名義は上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。																																			
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p>大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛</p>																																			
<p>申請者 (被保険者または相続人代表者)</p> <p>郵便番号 住所</p> <p>氏 名 電話番号</p> <p>下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。</p>																																			
<p>上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。</p> <table border="1"> <tr> <td>委任状欄</td> <td>受任者(口座名義人)</td> <td>委任者(申請者)</td> <td>(記入日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>〒 -</td> <td>住所: 同上</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住 所</td> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏 名</td> <td colspan="2">申請者が手書きまたは記名押印してください。</td> </tr> </table>																				委任状欄	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)	(記入日)		〒 -	住所: 同上	年 月 日		住 所	氏 名			氏 名	申請者が手書きまたは記名押印してください。	
委任状欄	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)	(記入日)																																
	〒 -	住所: 同上	年 月 日																																
	住 所	氏 名																																	
	氏 名	申請者が手書きまたは記名押印してください。																																	

- ③ 振込先を選択してください。

- 公金受取口座を利用する場合
(被保険者本人の公金受取口座のみ)

⇒「ア」に○をしてください。

振込先口座の記入は不要です。

※公金受取口座とは、給付金等の受取のため、金融機関にお持ちの預貯金口座を国（デジタル庁）に登録できる制度です。

マイナポータル等で公金受取口座を登録していない場合はご利用できません。

※公金受取口座を選択した場合、登録口座に変更がないか定期的に照会いたします。

- 公金受取口座を利用しない場合

⇒①「イ」に○をしてください。

②振込先口座を記入してください。

※【ゆうちょ銀行（郵便局）の口座の場合】

通帳の見開き 2 ページ目の下部に印字されている以下の内容を記入してください。

- ・ [支店名] △△八 (3 桁の漢数字)
- ・ [預金種別]
- ・ [口座番号] 7 桁の数字

- 申請書を郵送される場合

郵送先はお住まいの市区町村になります。

宛先の住所等は、同封しております「お知らせ」の下部に記載しております。

※返信用封筒は同封していません。