

〒8XXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2020 年 2 月 2 日



20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(公印省略)

高額療養費の支給申請について（再送）

あなたは下記のとおり高額療養費の支給対象となっておりますので、申請書に必要事項を記入のうえ口座振込の手続きをされるようお知らせします。

この制度は一度振込口座の申請をいただくと、その後に高額療養費が発生した場合は、自動的に指定口座に振り込みさせていただきますものです。

記

1. 被保険者番号 8XXXXXXXX
2. 氏 名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
3. 申請場所 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
4. 持参するもの 同封の申請書・申請者の本人確認ができる身元確認書類
(マイナンバーカード、後期高齢者医療資格確認書等)
通帳等（口座情報の記載のあるもの）
申請者以外の口座に振り込む場合で、申請者が
手書きしない場合は印かんが必要です。
5. 支給予定額 9XXXX19XXXX
9XXXX19XXXX
9XXXX19XXXX
9XXXX19XXXX
9XXXX19XXXX
6. 振込先に関する
お願い ご利用できる金融機関は銀行、信用金庫、信用組合
及び農業・漁業共同組合です。（ただし、ゆうちょ銀行を
ご利用の際、他金融機関からの振込用の店名、預金種目
及び7桁の口座番号を必ずご記入ください。）

すでに申請済の場合は行き違いですのでご了承ください。一度振込先口座をご登録いただき
ますと、口座変更がない限り再度の提出は不要です。

記入もれのないように注意してください。

郵送によるお届けも可能です。

12XXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
9XXXXXXXXX
住 所 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
電話番号 16XXXXXXXXXXXX

問い合わせ先
大阪府後期高齢者医療広域連合
〒540-0028
住 所 大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号
中央大通F Nビル8階
電話番号 06-4790-2031

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	8XXXXXXXXXXXX	個人番号												
氏 名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													
生年月日	2X 2X年 2X月 2X日		電話番号											

他の制度により自己負担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

該当するものに をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預金種別 ()	普通 当座 ()	
口座番号等 左詰記載して下さい										
口座名義人 (カタカナ)										

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は 字として、姓と名の間は 字あけてください。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

申請者（被保険者又は相続人代表）

郵便番号 住 所

氏 名 電話番号

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 (申請者) 住 所 _____
	氏 名 _____ 申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。