

記載例

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 被保険者番号 | 01234567 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 氏 名 | 広域 太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | ●●年●月●日 | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |

個人番号について
・マイナンバーカードに記載されている12桁の番号をご記入ください。
(わからない場合は空白のままご提出ください。)

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) 無
受けていない

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。

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「ナ」に記入してください。納付の中は記載不要です。

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|---|------------------------------------|---|------------------|---|----------------|----------------|---|
| 振 込 先 | 〇〇〇 | | 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 | | 0 | 1 | 2 | 3 | | | 4 |
| 口座名義人 (カタカナ) | | コ | ウ | イ | キ | タ | ロ | ウ | |

振込先欄について
・申請者の口座を記入してください。
・申請者以外の口座をご希望の場合は、
下記の委任状欄にもご記入ください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。口座名義人と異なる場合は「ナ」に記入してください。

大阪府後期高齢者医療広域連合

申請者欄について (必ずご記入ください)

- ・ご本人または法定代理人の署名をお願いします。
 - ・ご本人死亡の場合は、法定相続人の署名をお願いします。
- あわせて別紙誓約書にもご記入ください。

年 月 日

上記のとおり、高額療養費の支給

申請者 (被保険者又は相続人代表)

郵便番号 **540-0028** 住 所 **大阪市中央区常盤町1-3-8**

氏 名 **広域 太郎** 電話番号 **06-4790-2031**

ご 申 請 者 欄 は 必 ず 記 入 ぐ だ さい。

委任状欄

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 住所
(申請者) 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。

○ゆうちょ銀行(郵便局)をご希望の場合

- ・支店名に店名(3桁の漢数字)
 - ・預金種目 ・口座番号(7桁)をご記入ください。
- これらは通帳の見開き2ページ目の下部に印字されています。

○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「高額療養費の支給申請について(再送)」の下部に記載しております。
- ※返信用封筒は同封しておりません。