

# 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)			
被保険者氏名			生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
住 所					
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)				

後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 ( )	本店支店出張所	預金種別	普通 当座 ( )
口座番号 (7桁)				
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詰め(姓と名は1マス空ける)で記入してください。

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。

年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

《委任状》

私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する高額療養費の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印) 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

# 被保険者となられた方へ、高額療養費支給事前申請のお知らせ

1か月に支払った医療費（保険適用分）が高額になったときに、自己負担限度額を超えた分が払い戻される制度（高額療養費制度）があります。

高額療養費の申請は、一度申請していただければ、次回以降の申請は必要ありません。

高額療養費の支給は、診療を受けた月から最短で約3か月後となります。

以下の記入例を参考に裏面申請書をご記入、ご捺印のうえ、市役所又は町役場後期高齢者医療担当窓口（支所等も可）に高額療養費支給の事前申請をお願いします。

提出時には口座番号等を確認する場合がありますので、通帳をご持参ください。

## 記入例

## 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 (マイナンバー)	0000 0000 0000
被保険者氏名	広域 太郎	生年月日	明治 大正 昭和 10年 1月 1日
住 所	長崎市栄町4番9号		
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）		

### 発病又は 負傷の理由

後期高齢者医療の被保険者となってから、第三者行為（交通事故等）が原因で治療を受けたことがある場合は1に、受けたことがない場合は2に〇を付けてください。（※第三者行為（交通事故等）の被害を把握し、加害者への損害賠償請求につなげるため、ご協力をお願いいたします）

### 振込口座

- 振り込みを希望される口座の『金融機関名』・『口座開設店名』・『口座番号』・『口座名義人』を正確にご記入ください。
- ご本人様名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、『委任状』が必要ですので、下記委任状欄の記入もあわせてお願いします。

振込先 金融機関	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	七六八 (店名)	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 ( )					
口座番号（7桁）	0	1	2	3	4	5	6				
口座名義人（カタカナ）	コ	ウ	イ	キ		ハ	ナ	コ			

### ※ゆうちょ銀行への振り込みの場合

通帳の表紙を開き、ページ下部の銀行使用欄に記載してある以下の内容を記入してください。

【店名】七六八 【店番】768 【預金種目】普通預金 【口座番号】●●●●●●●●

### 申請者

被保険者本人の住所、氏名等のご記入と押印をお願いします。

平成 〇〇 年 7 月 1 日

申請者 郵便番号 850-0875  
住 所 長崎市栄町4番9号  
氏 名 広域 太郎 印  
電話番号 095-816-3930

### 委任状

ご本人様名義以外の口座に振り込む場合は、委任状欄のご記入と押印をお願いします。

代理人 平成 〇〇 年 7 月 1 日  
郵便番号 850-0875 被保険者名 広域 太郎 印  
住 所 長崎市栄町4番9号  
氏 名 広域 花子 印 続柄 妻  
電話番号 095-816-3930