

高額療養費支給申請書 振込口座変更届兼誓約書

| | | | | | |
|---------------|---|------------------|----|----------|--|
| 被保険者番号 | | 個人番号 (マイナンバー) | | 支給 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 葬祭費 <input type="checkbox"/> 高額介護合算 <input type="checkbox"/> () |
| 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

1. 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。
2. 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。
3. 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

年 月 日

郵便番号 _____

届出人(誓約者※) 住所 _____

氏 名 _____ (印) 続柄 _____

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医療給付金の(振込先の変更の届け、又は受領)に関する権限を委任します。

年 月 日

郵便番号 _____

被保険者
(誓約者)氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏 名 _____ (印) 続柄 _____

電話番号 _____

※被保険者の方が亡くなられている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子(亡くなられている場合は孫・ひ孫)、親、兄弟姉妹等の血族になります。子の配偶者は法定相続人にはなりません。

記入例

高額療養費支給申請書
振込口座変更届兼誓約書

| | | | | | |
|---------------|------------------------------------|------------------|----------------|-----------|---|
| 被保険者番号 | 01234567 | 個人番号 (マイナンバー) | 0000 0000 0000 | 支給 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 高額療養費 |
| 被保険者氏名 | 広域 太郎 | | | | <input type="checkbox"/> 療養費 |
| 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。
 - 被保険者の方が亡くなっている場合の振込口座は、法定相続人の方になります。
 - 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】●●●●●●●●

- 届出人 (誓約者)**
- 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。
 - 下記の委任状に基づき代理人が届け出をされる場合は、代理人の住所、氏名等のご記入と押印をお願いします。
 - 被保険者の方が亡くなっている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。法定相続人とは、配偶者及び子 (亡くなっている場合は孫・ひ孫)、親、兄弟姉妹等の血族になります。子の配偶者は法定相続人にはなりません。

平成〇〇年 7月 1日
郵便番号 850-0875
届出人 (誓約者※) 住所 長崎市栄町4番9号
氏名 広域 太郎 印 広域 続柄 本人
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。
 - 被保険者の方が亡くなっていて、届出人 (誓約者) の口座へ振り込む場合は、記入する必要はありません。

平成〇〇年 7月 1日
郵便番号 850-0875 被保険者 (誓約者) 氏名 広域 太郎 印 広域
代理人 住所 長崎市栄町4番9号
氏名 広域 花子 印 広域 続柄 妻
電話番号 095-816-3930

高額療養費は医療機関等の診療報酬の請求を基に計算し、支給がある場合は、最短で診療月の約3か月後の第3水曜日に支給となりますが、医療機関等の診療報酬の請求が遅れた場合は支給日が翌月以降となり遅れることがあります。また、申請書提出後の処理により申請日から支給までに1~3か月を要します。
一度申請された方は、高額療養費が発生した場合は継続して申請された口座へ振込ますので、再度の申請は必要ありません。ただし、振込先口座を変更する場合は再度の申請が必要です。