

年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏名	
生年月日	年 月 日	個人番号	
性別		電話番号	

- 下記の欄に必要事項をご記入ください。網掛けの中は記載不要です。
- 通帳の口座番号・口座名義人等、記載内容に誤りがある場合、振込ができなくなることがあります。提出の際には、今一度記載内容をご確認くださいませようお願いいたします。

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

※この欄は、市町村または広域連合で使用しますので、何も記入しないでください。

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1字として、姓と名の間は1字あけてください。

奈良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。  
 なお、高額療養費の支給後において、高額療養費を調整する必要がある場合は、次回給付額と相殺することを承諾いたします。

年 月 日

申請者 住所  
 (被保険者) \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療被保険者と振込先の口座名義人が異なる場合は、下の委任状欄も記入してください。

(委任状)

私は、下記の者に、次の権限を委任します。  
 年 月 日に申請した高額療養費の受領に関すること。

申請者 (被保険者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 委任者との関係 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

# 後期高齢者医療高額療養費支給申請書の記載方法について

## 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	氏名	広域 太郎
生年月日	昭和 7年 8月21日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
性別	男	電話番号	0744-29-8430

個人番号(マイナンバー)12ケタの番号をご記入ください。

連絡先のお電話番号をご記入ください。

○下記の欄に必要事項をご記入ください。網掛けの中は記載不要です。  
 ○通帳の口座番号・口座名義人等、記載内容に誤りがある場合、振込ができなくなることがあります。提出の際には、今一度記載内容をご確認くださいませようお願いたします。

振込先	 	預金種別	普通当座
口座番号等 左詰記載して下さい	7 7 7 7 7 7 7	口座名義人 (カタカナ)	コウイキ コ、ロウ

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

奈良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。  
 なお、高額療養費の支給後において、高額療養費を調整する必要がある場合は、次回給付額と相殺することを承諾いたします。

年 月 日

申請者(被保険者) 住所 奈良県〇〇市〇〇町〇〇番地  
 氏名 広域 太郎

ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、漢数字3ケタの店番をご記入ください。

通帳の1ページ目に記載されているお名前(カタカナ)をご記入ください。

被保険者本人のご住所・お名前をご記入ください。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人の方のご住所・お名前をご記入ください。

後期高齢者医療被保険者と振込先の口座名義人が異なる場合は、下の委任状欄も記入してください。

(委任状)

私は、下記の者に、次の権限を委任します。  
 年 月 日に申請した高額療養費の受領に関すること。

申請者(被保険者) 住所 奈良県〇〇市〇〇町〇〇番地  
 氏名 広域 太郎

受任者 住所 奈良県〇〇市〇〇町〇〇番地  
 氏名 広域 吾郎  
 委任者との関係 子 連絡先電話番号 0744-29-\*\*\*\*

口座名義人を被保険者本人以外の名義にした場合は、必ずご記入ください。口座名義人が被保険者本人の場合は、ご記入いただく必要はありません。