

## 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 |  |
| 氏名     |  |      |  |
| 生年月日   | 大正 ・ 昭和          年          月          日 |      |  |

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる          (制度名ー          )          (費用徴収の 有 ・ 無 )

受けられない

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。  
口座名義人はカタカナで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字空けてください。

|     |                                      |                       |      |                     |
|-----|--------------------------------------|-----------------------|------|---------------------|
| 振込先 | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>(          ) | 本店・支店<br>(          ) | 預金種別 | 普通座<br>(          ) |
|     |                                      |                       |      |                     |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 口座番号<br><small>左詰記載してください</small> |  |
|-----------------------------------|--|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 口座名義人<br><small>(カタカナ)</small> |  |
|--------------------------------|--|

公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。そのため、振込先口座を変更する場合は改めて変更申請が必要です。

愛知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、後期高齢者医療にかかる高額療養費について、診療報酬明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

また、被保険者が死亡した場合、死亡後に支給される高額療養費は、相続人である私が受領するとともに、遺産分割のときまで責任を持ってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけないことを誓約します。

令和          年          月          日

〒          -          -

申請者          住 所 \_\_\_\_\_

氏 名          \_\_\_\_\_ 続 柄          \_\_\_\_\_

電話番号          \_\_\_\_\_

被保険者以外が申請する場合及び被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

(委任欄)

代理人          (住所) \_\_\_\_\_

(氏名)          \_\_\_\_\_ (電話番号)          \_\_\_\_\_

(被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にチェック(✓)してください。)

この申請書の高額療養費の申請に関すること。

この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者          (住所) \_\_\_\_\_

(氏名)          \_\_\_\_\_ (電話番号)          \_\_\_\_\_

市区町村確認欄

|    |  |    |  |    |  |
|----|--|----|--|----|--|
| 受付 |  | 入力 |  | 確認 |  |
|----|--|----|--|----|--|

広域連合確認欄

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 確認 |  | 訂正 |  |
|----|--|----|--|

後期高齢者医療 高額療養費

記入例

(公金受取口座を利用しない場合)

|        |                      |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |
|--------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 個人番号 | 0 | 1 | 2 |
| 氏名     | 犬山 次郎                |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |
| 生年月日   | 大正 ・ 昭和 15 年 4 月 1 日 |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる (制度名— ) (費用徴収の 有 ・ 無 )  
受けられない

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。

口座名義人はカタカナで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字空けてください。

|                                   |   |   |   |   |                             |   |   |   |  |              |      |                 |  |
|-----------------------------------|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|--|--------------|------|-----------------|--|
| 振込先                               | A |   |   |   | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>( ) | B |   |   |  | 本店・支店<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |  |
| 口座番号<br><small>左詰記載してください</small> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4                           | 5 | 6 |   |  |              |      |                 |  |
| 口座名義人<br><small>(カタカナ)</small>    | イ | ヌ | ヤ | マ | シ                           | " | ロ | ウ |  |              |      |                 |  |

公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)

(チェックボックス)は空欄のままにし、振込先口座を記入してください。  
※「振込先口座」と「 公金受取口座を利用します。」の両方が記入されている場合は、公金受取口座に登録されている口座が優先されます。

の場合は、「 公金受取口座を利用しま  
の写しの添付等は不要です。  
座を変更しても振込先口座は変更されませ

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、後期高齢者医療にかかる高額療養費について、診療報酬明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

また、被保険者が死亡した場合、死亡後に支給される高額療養費は、相続人である私が受領するとともに、遺産分割のときまで責任を持ってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけないことを誓約します。

令和 ●● 年 ◆◆ 月 ▲▲ 日  
〒 484 - ●●●●

申請者 住 所 犬山市大字犬山字〇〇△△  
氏 名 犬山 次郎 続 柄 本人  
電話番号 0568-△△-●●●●

被保険者以外が申請する場合及び被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

(委任欄)

代理人 (住所) \_\_\_\_\_  
(氏名) \_\_\_\_\_  
(被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(請

この申請書の高額療養費の申請に関すること。  
 この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者 (住所) \_\_\_\_\_  
(氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

本人以外が申請または高額療養費を受領する場合は、委任欄の記入が必要です。  
その場合は、公金受取口座は利用できないため、振込先口座を記入してください。

市区町村確認欄

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 受 |  | 入 |  | 確 |  |
| 付 |  | 力 |  | 認 |  |

広域連合確認欄

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 確 |  | 訂 |  |
| 認 |  | 正 |  |

後期高齢者医療 高額療養費

**記入例**  
(公金受取口座を利用する場合)

|        |                      |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |
|--------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 個人番号 | 0 | 1 | 2 |
| 氏名     | 犬山 次郎                |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |
| 生年月日   | 大正 ・ 昭和 15 年 4 月 1 日 |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

公金受取口座を利用する場合、振込先口座の記入は不要です。ただし、以下の点についてご注意ください。

- ①公金受取口座の確認に1週間程度かかり、確認の結果登録が無い場合は申請書をお返します。再度申請が必要です。(個人番号は確認できないように塗りつぶしてお返します。ご了承ください。)
- ②高額療養費の2回目以降の支給は申請を要しませんが、初回に確認した公金受取口座を変更(抹消含む。)した場合、変更した情報がわからないため、初回に確認した公金受取口座に振り込まれます。新たに振込先口座の変更を希望する場合は、再度申請が必要です。

公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)

※ 給付金等... 国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用しま

次の場合は、公金受取口座を利用できません。

- ①マイナンバーカードによる公金受取口座を登録していない場合
- ②本人以外が申請する場合
- ③被保険者本人の口座以外の口座に振込みを希望する場合

審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

また、被保険者が死亡した場合、死亡後に支給される高額療養費は、相続人である私が受領するとともに、遺産分割のときまで責任を持ってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけないことを誓約します。

令和 ●● 年 ◆◆ 月 ▲▲ 日

〒 484 - ●●●●

申請者 住 所 犬山市大字犬山字〇〇△△

氏 名 犬山 次郎 続 柄 本人

電話番号 0568-△△-●●●●

被保険者以外が申請する場合及び被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

(委任欄)

代理人 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任し

- この申請書の高額療養費の申請に関する
- この申請に基づく高額療養費の受領に関

被保険者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

本人以外が申請または高額療養費を受領する場合は、委任欄の記入が必要です。その場合は、公金受取口座を利用できませんので、公金受取口座を利用しない場合の対応となります。

市区町村確認欄

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 受 |  | 入 |  | 確 |  |
| 付 |  | 力 |  | 認 |  |

広域連合確認欄

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 確 |  | 訂 |  |
| 認 |  | 正 |  |