

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 (マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
電 話 番 号	0744-29-8430	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）

○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ようお願いいたします。

振込先							<u>銀行</u> 信用組合 信用組合 協同組合	本店 <u>支店</u> ・支所 出張所			預金種別	<u>普通</u> 当座
	ゆうちょ銀行の場合は3桁の漢数字を記載してください。											
口座番号等 左詰記載して下さい	7	7	7	7	7	7	7	※この欄は、市町村または地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 (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(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

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 _____ 連絡先電話番号 _____

子 0744-29-****

個人番号(マイナンバー)12ケタの番号をご記入ください。亡くなった方の個人番号の記載は不要です。

交通事故などで診療し
ていた場合は○を記
入ください。

連絡先のお電話番号
をご記入ください。

ゆうちょ銀行(郵便局)の
場合は、漢数字3ケタの
店名をご記入ください。

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。

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。

～お知らせ～

**不審電話には
ご注意ください!!**



広域連合や市町村など、公的機関が次のような電話をかけることは絶対にありません。

◎金融機関口座の「残高」や「暗証番号」を尋ねる

◎ATM(現金自動預
払機)を操作するよう
指示する

「おかしいな」と感じたら、ひとりで判断せず、警察に通報(110番)するか、奈良県後期高齢者医療広域連合に連絡してください。