

被保険者本人が申請する場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません

後期高齢者医療高額療養費支給申請書(新規・変更)

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号											
氏名	広域 太郎																			
生年月日	昭和 2年 2月 2日			性別	男・女		電話番号	058-111-1111												

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)	重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は、「受けられる」に記入してください。
受けられない	

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1に○を記入してください。

発病又は負傷の理由	1 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="radio"/> 2 その他(疾病等・自損事故)	
口座振込先	金融機関名	口座種別
	連合 銀行 信用金庫 農協・信用組合 柳津支 (店) 普通 当座	() ()
	口座番号	フリガナ
	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人
		コウイキ タロウ 広域 太郎

岐阜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、以後発生する高額療養費の支給につきまして、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、お知らせいたします。

平成〇〇年〇月〇日

申請者

高額療養費の振込みを希望する銀行名等を記入してください。
(ゆうちょ銀行に振り込む場合は郵便局で印字される振込用の「店名」「口座番号」を記入してください。)

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇
住所 岐阜市〇〇町123番地
氏名 広域 太郎
電話 058-111-1111

捨印

同じ印鑑(認印)で押印してください。

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
	私はこの高額療養費支給申請書の提出により支給される高額療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。
	委任する人(被保険者)
	住所
	氏名 <input checked="" type="checkbox"/>
	委任を受ける人
住所	
氏名	
委任する人(被保険者)との関係	

	受付	入力	確認
市町村			
広域			

広域連合受付印	市町村受付印

は必ず記入してください。

注意: 字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印(申請者の印と同じもの)を押印してください。また、修正テープや修正液は使用しないでください。

被保険者以外の方が申請する場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません

後期高齢者医療高額療養費支給申請書(新規・変更)

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	
氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 2年 2月 2日	性別	男・女
電話番号	058-111-1111		
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 -) 受けられない			
重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は、「受けられる」に記入してください。 負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1に○を記入してください。			
発病又は負傷の理由	1 第三者行為(交通事故等) 2 その他(疾病等・自損事故)		
口座振込先	金融機関名	柳津支店	口座種別
	連合 銀行 信用金庫 農協・信用組合	(店)	普通 当座
	口座番号	フリガナ	ギフ サキコ
	9 8 7 6 5 4 3	口座名義人	岐阜 咲子
岐阜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、以後発生する高額療養費の支給につきまして、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、ご通知いたします。 平成〇〇年〇月〇日 申請者 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 岐阜市〇〇町123番地 氏名 広域 一郎 電話 058-111-1111			
高額療養費の振込みを希望する銀行名等を記入してください。(ゆうちょ銀行に振り込む場合は郵便局で印字される振込用の「店名」「口座番号」を記入してください。) 捨印 同じ印鑑を使用してください。 委任を受けた方の印鑑(認印)を押印してください。			
被保険者以外が申請する場合は、委任欄へ記入してください。			

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様		
	私はこの高額療養費支給申請書の提出により支給される高額療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。		
	委任する人(被保険者)	住所 岐阜市〇〇町123番地	
		氏名	広域 太郎
		委任を受ける人	
		住所	岐阜市〇〇町123番地
	氏名	広域 一郎	
	委任する人(被保険者)との関係	子	

	受付	入力	確認
市町村			
広域			

広域連合受付印	市町村受付印

は必ず記入してください。

注意:字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印(申請者の印と同じもの)を押印してください。

また、修正テープや修正液は使用しないでください。

被保険者の方が死亡された場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません

後期高齢者医療高額療養費支給申請書(新規・変更)

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号																																																																																																																																			
氏名	広域 太郎																																																																																																																																											
生年月日	昭和 2年 2月 2日				性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>			電話番号	058-111-1111																																																																																																																																		
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 -) 受けられない 重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は、「受けられる」に記入してください。																																																																																																																																												
発病又は負傷の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 1 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> 2 その他(疾病等・自損事故) 負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1に○を記入してください。																																																																																																																																												
口座振込先 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="9">金融機関名</th> <th colspan="11">口座種別</th> </tr> <tr> <td colspan="5">連合</td> <td>銀 行</td> <td colspan="4">信用金庫</td> <td colspan="3">柳津支</td> <td colspan="3">(店)</td> <td colspan="5">普通 当座</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">農 協 ・ 信用組合</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">口座番号</td> <td colspan="5">フリガナ</td> <td colspan="5">口座種別</td> </tr> <tr> <td colspan="10">1 2 3 4 5 6 8</td> <td colspan="5">口座名義人</td> <td colspan="5">コウイキ ハナコ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5">広域 花子</td> </tr> </table>																				金融機関名									口座種別											連合					銀 行	信用金庫				柳津支			(店)			普通 当座										農 協 ・ 信用組合															口座番号										フリガナ					口座種別					1 2 3 4 5 6 8										口座名義人					コウイキ ハナコ																				広域 花子				
金融機関名									口座種別																																																																																																																																			
連合					銀 行	信用金庫				柳津支			(店)			普通 当座																																																																																																																												
					農 協 ・ 信用組合																																																																																																																																							
口座番号										フリガナ					口座種別																																																																																																																													
1 2 3 4 5 6 8										口座名義人					コウイキ ハナコ																																																																																																																													
															広域 花子																																																																																																																													
岐阜県後期高齢者医療広域連合 様 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、以後発生する高額療養費の支給については、この申請をもって支給され、また、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で 別紙「申立・誓約書」で記入した申立者の方を記入してください。																																																																																																																																												
平成〇〇年〇月〇日										申請者																																																																																																																																		
										郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇																																																																																																																																		
										住所 岐阜市〇〇町123番地																																																																																																																																		
										氏名 広域 花子																																																																																																																																		
										電話 058-111-1111																																																																																																																																		

別紙「申立・誓約書」で記入した口座情報を記入してください。



同じ印鑑(認印)で押印してください。

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合 様	
	私はこの高額療養費支給申請書の提出により支給される高額療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。	
	委任する人(被保険者)	
	住所	
	氏名	印
	委任を受ける人	
住所		
氏名		
委任する人(被保険者)との関係		

	受付	入力	確認
市町村			
広域			

広域連合受付印	市町村受付印

は必ず記入してください。

注意:字句の訂正について
訂正箇所には二重線を引き、訂正印(申請者の印と同じもの)を押印してください。
また、修正テープや修正液は使用しないでください。