

<記入例>

色のついた箇所を御記入ください。

発病又は負傷の理由が(交通)事故・事件の場合は、国保年金課まで御連絡ください。

申請書の記入事項を修正するときは、二重取り消し線を引いてください。
修正液での訂正は認められませんので御注意ください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

12桁の個人番号(マイナンバー)を御記入ください。
※不明の場合は空欄にしてください。

被保険者番号	12345678	個人番号	○○○○○
氏名	茨城 太郎		
生年月日	○○年○○月○○日	電話番号	○○○-○○○-○○○○

該当しない方は記入不要です。※不明の場合は空欄にしてください。

医療費の窓口負担について、医療費助成制度を利用し減免の認定を受けているか	有
制度名	(費用徴収の)

発病又は負傷の理由が(交通)事故・事件以外の場合

発病又は負傷の理由	第三者行為	第三者行為以外の一般疾病
-----------	-------	--------------

※上記について、原子爆弾被害者に対する公費負担医療制度および無料低額診療制度などを利用されている方は、必ず記入してください。

振込先	銀行	本店	預金種別	普通
	信用金庫	支店		当座
	信用組合	出張所		
	協同組合			

口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7				
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

口座名義人 (カタカナ)	イ	ハ	ラ	キ	タ	ロ	ウ				
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

口座名義人はカタカナで上段より左づめ

被保険者本人の口座で御記入ください(本人以外の口座の場合、委任欄の記入が必要となります)。

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)」「預金種目」「口座番号(7桁)」を御記入ください。

茨城県後期高齢者医療広域連合
上記のとおり、高額療養費の支給を申請
なお、再審査や過誤等により支給額が変動した場合に、次回以降に発生す

被保険者本人の住所・氏名を記入してください。

申請者

○○年 ○○月 ○○日

〒○○○-○○○○

住所 水戸市○○町○○番地○○

氏名 茨城 太郎

委任欄 本人以外の口座に振込む場合のみ記入してください。

私は、 _____ を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費に係る申請・受領 に関する一切の権限を委任いたします。

委任者 _____ 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

(注) 個人番号(マイナンバー)の記載について
平成28年1月1日以降の申請につきましては、個人番号の記載が必要となります。申請書提出時に空欄もしくは番号相違があった場合には、当課にて確認を行い記載・修正いたしますので御了承ください。