受付日　令和　　年　　月　　日

受付印

後期高齢者医療　高額療養費支給申請書　□ 新規　□ 変更　□ 相続人登録

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名	□ 申請者と同じ	電話番号	□ 申請者と同じ（　　）　—

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ている場合はご記入ください。（福祉給付金をのぞく） （制度名 －　　）　（　費用徴収の　有 ・ 無　）	被保険者死亡日 ．　．

該当するものに○をつけて下さい。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。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座

口座番号 右詰で記載ください		口座名義人はカタカナで左詰めにて記入してください。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。
口座名義人 （カタカナ）		

□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。）⇒上の個人番号も記入してください。
※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、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様　　令和　　年　　月　　日

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。高額療養費の支給後に、診療報酬明細書の再審査等により高額療養費が減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて広域連合が支給することに同意します。

〒　　—

申請者　住所　豊田市

（被保険者または相続人）

氏名　　（被保険者との関係　　）

連絡先　（　　）　　—

被保険者（相続人）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（・押印）をしてください。

(委任欄)

代理人　（住所）　豊田市

(口座名義人)

（氏名）

（連絡先）　　—　　—　　（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。
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（氏名）　　㊞

※自署の場合は押印不要

被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、以下の欄にも必ず記入をしてください。

【誓約書】　後期高齢者医療にかかる高額療養費については、被保険者本人が死亡したため、相続人である私が受領します。私は、遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、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

相続人　（氏名）

市区町村確認欄

受付者		入力者	口座	受付	確認者	口座	受付	支給確定

広域連合確認欄

確認		訂正	