【記入例③ 被保険者以外の口座に振り込むとき】

受付印

被保険者番号	01234567	個人番号	
被保険者氏名	豊田　太郎	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	(普通) 当座			

口座番号 右詰で記載ください	1	2	3	4	5	6	7	口座名義て、姓と
口座名義人（カタカナ）	ト	ヨ	タ	゛		ハ	ナ	コ

・口座番号は７桁です。
（右詰め記入し、マスが空欄となった場合「０」を記入）
・口座名義人は、カタカナで左詰めで記入。
・名前の濁点は、１マス使用してください。
・氏と名の間は、１マス開けてください。

□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
※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
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。

申請者は、被保険者本人です。
住所・氏名・連絡先を必ず記入してください。

令和　●●　年　■■　月　▲▲　日

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。

〒 471 — 8501

申請者　住所　豊田市 西町3－60
（被保険者または相続人）

氏名　豊田 太郎　（被保険者との関係　本人　）

連絡先　（ 0565 ）　34 — 6959

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 西町3－60

(口座名義人)

（氏名）　豊田 花子

（連絡先）　0565 — 34 — 6959　（被保険者との関係）　妻

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）　豊田 太郎　豊田
※自署の場合は押印不要

こちらの欄は記入しません。

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	