

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	個人番号 (マイナンバー)	
被保険者番号		被保険者氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)

他の公的制度などにより自己負担相当額（又はその一部）を支給されていますか。
 (例：原子爆弾や石綿等による健康被害の援護・救済のための法律による支給など。)

- 支給されている (制度名ー) (自己負担額を、払っている・払っていない)
 支給されていない

発病又は負傷の理由 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

以下に振込口座を記入し、該当する箇所を○で囲んでください。（網掛け部分は記載不要です。）
 口座番号等の確認を行うため、通帳を持参していただきますようお願いいたします。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 ()	預金種別	普 当 貯 ()	通 座 蓄 ()
	口座番号				
口座名義人 (カタカナ)					

口座は原則として被保険者（申請者）の口座を指定してください。
申請者以外の口座に振込みをご希望される場合は、以下の委任状をご記入ください。

委任状

私（申請者）は、下記代理人に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 (申請者) 住所 _____
 氏名 _____ (印)

受任者 (代理人) 住所 _____
 氏名 _____ (印) (続柄：)

宮城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。

令和 年 月 日

〒 _____

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

市区町村 確認欄	口座入力	受付入力	受領申出等 済 不要 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------------	------	------	--