

【記載例】下記の①～⑤の箇所についてご記入いただき、振込先口座の通帳の見開き1ページ目(カードでも可)のコピーを添付し提出してください。

高額療養費支給申請書

被保険者番号 (8ケタ)	被保険者番号 (ケタ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
氏名	長 浜 太 郎												
生年月日	昭和20年 4月 1日				性別	男 ・ 女							
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)						

① 被保険者証に記載されている「被保険者番号(0から始まる8桁の数字)」をご記入ください。

② 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別をご記入ください。

③ 被保険者ご本人の口座情報(振込先金融機関名とその支店名、口座番号、預金種別、口座名義人)をご記入ください。

市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。

通帳
確認
印

【注意：被保険者ご本人以外の口座への振込を希望される場合】

被保険者ご本人と異なる方名義の口座への振込を希望される場合は、本申請書下部の「委任状」欄にご本人のご署名を、そして、本申請書中部の申請者欄および振込先口座記入欄には振込を希望される方のご署名および必要事項を記入してください。

当座 ・ ()

- 該当するものに○をつけてください。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。
- 口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。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。
- この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください)でも可とします。
なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。

滋賀県後期高齢者医療

④ 申請書を提出される日付をご記入ください。

上記のとおり、高額療養費の申請
なお、再審査等により決定額が変更される場合は、申請額に降の支給額で調整されることを了承します。
高額療養費のうち、福祉サービスにかかる方の支払については、に委任します。

令和 元 年 4 月 1 日

申請者

〒 5 2 6 - 8 5 0 1
住 所 滋賀県長浜市八幡東町632番地

⑤ 申請される方のご署名をお願いします。
氏名(申請者≠振込先名義人としてください。)

電話番号 0 7 4 9 - 6 5 - 6 5 2 7

委任状

上記請求に基づく高額療養費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 日

委任者

住所

氏名

※届申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入(届出)される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。

届出(書類に不備が合った場合などに、連絡させていただくことが有ります。)