

後期高齢者医療高額療養費支給申請書（新規・変更）

被保険者番号		個人番号	
氏 名			
生年月日	年 月 日	電話番号	
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られるか否か			
受けられる （ 制度名 － ） （費用徴収の 有 ・ 無 ）			
受けられない			
発病又は負傷の理由	1 第三者行為（交通事故等） 2 その他（疾病等・自損事故）		
受取口座	☐ 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※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、上記の「 ☐ 被保険者の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、口座情報の記載は不要です。 ※本申請書提出後に公金受取口座を変更した場合には、別途書類の提出が必要となります。		
口座振込先	金融機関名		口座種別
	銀 行 ・ 信用金庫	本 店	普 通 ・ 当 座
	農 協 ・ 信用組合	支 店	
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
（あて先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、以後発生する高額療養費の支給については、この申請をもって支給されることを了承します。 また、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。 令和 年 月 日 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 （ ） －			

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

委任欄	（あて先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長
	私はこの高額療養費支給申請を下記の者に委任します。
	委任する人（被保険者）
	住 所
	氏 名
	委任を受ける人
	住 所
	氏 名
	委任する人（被保険者）との関係

	受付	入力	確認
市町村			
広 域			

番号	身元		
個 人	個 免 障 保 介 診		
通 他	（ ）		
なし	照会同意		拒否
届出者（ ） 確認者			

広域連合受付印	市町村受付印