

記入の方法

〇〇年〇〇月〇〇日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

高額療養費の支給対象者をご記入ください。

被保険者番号	×××××××× (8桁の数字)	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (12桁の数字)			
氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明治 大正 昭和	△△年△△月△△日	性別	(男)・女
電話番号	市外局番 () -	被保険者がお亡くなりになっている場合は、電話番号の記入は不要です。				

該当するものに〇をつけてください。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。

申請者が指定する口座を通帳等を確認の上、ご記入ください。

振込先	〇 〇	()	〇 〇	本店・支店 ()	預金種別	①. 普通 ②. 当座 ()
口座番号等 (右詰に記載)	× × × × × × × ×	ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、店名(漢数字)をご記入ください。				
フリガナ	〇〇 〇〇					
氏名	〇〇 〇〇					

次の方が申請者となります。
 ①被保険者本人
 ②被保険者の法定代理人(証明書等の提示が必要な場合があります。)
 ③被保険者が定める代理人(委任状が必要です。)
 ④相続人代表者(被保険者がお亡くなりになっている場合。別紙の誓約書と共に提出ください。)

(あて先) 三重県後
上記のとおり、
の支給申請の際の
調整が生じたときは
平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請を委任される場合は、受任者の氏名をご記入ください。

〒〇〇〇〇-〇〇〇〇

申請者 住所 〇〇市〇〇丁目〇〇

氏名 〇〇 〇〇

(印) 続柄

被保険者からみた続柄をご記入ください。

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、この後期高
により受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

申請者自署の場合は押印の省略は可能ですが、郵送で申請する場合は、必ず押印ください。

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

国、県等の公費医療を利用しており、自己負担が軽減されている際は、制度名等をご記入ください。不明な場合は空白でもかまいません。