

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

新規 変更 相続人登録

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	昭和 大正	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

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。
 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。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通座 ()

口座番号等
左詰記載してください

口座名義人
(カタカナ)

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のみとなります。)
 ※ 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、「 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(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
 ※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。
 そのため、振込先口座を変更する場合はあらためて変更申請が必要です。

愛知県 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。また、診療報酬明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

申請者(被保険者または相続人) 年 月 日
 (〒 -)

住所 _____
 氏名 _____ 連絡先() - _____

※被保険者(相続人)以外が申請する場合及び被保険者(相続人)以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印してください。

(委任欄)

代理人 住所 _____ 氏名 _____
 被保険者(相続人)との関係 _____
 私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当することの□にレ点を付けてください。)
 この申請書の高額療養費の申請に関すること。 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 住所 _____ 氏名 _____
 または相続人 連絡先() - _____

※被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、以下の欄にも記入・押印してください。

【誓約書】【療養費・高額介護合算療養費支給申請書】

(宛先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長

1 被保険者分の高額療養費の支給があった場合及び既に申請済の療養費及び高額介護合算療養費については相続人である私が上記の口座を指定し受領します。
 2 この高額療養費、療養費、高額介護合算療養費について、私は遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の中で問題が発生した場合には当方にて処理し、広域連合及び弥富市には一切迷惑をかけないことを誓約します。

相続人 氏名 _____ 被保険者との続柄 _____

市区町村確認欄

広域連合確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

確認		訂正	
----	--	----	--