

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

太枠の中を記入してください。

保険者番号		被保険者氏名													
被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)													
診療年月		支給予定額													

(宛先) 宮城県後期高齢者医療広域連合長

高額療養費の支給を申請します。また、上記診療年月のほかに支給対象となる高額療養費もあわせて申請します。

申請者 被保険者。ただし、 被保険者がお亡くなりになっ た場合は相続人代表 者を記入。	申請日	年 月 日									
	氏 名	連絡先									
	住 所										

振込先(①へ記入または②へ☑してください)

① 指 定 振 込 の 口 座 へ	フリガナ												
	口座名義人												
	銀行・信金 農協・信組										本店・支店 店・出張所		
	☐ 普通 ☐ 貯蓄 ☐ 当座	口座番号								↑ ゆうちょ銀行の場合、店名は3桁の漢数字 (八一八など)を記入してください。			
	市区町村記入欄 金融機関コード							市区町村記入欄 店舗コード					
② 口 公 金 利 受 取 用	☐ 公金受取口座を利用します。 注意:市区町村に届出している口座や年金の受取口座ではありません。 ※マイナンバーとともに国に事前登録した、マイナンバーカードと紐づけている口座です。 (マイナンバーカードを作成していない方や口座を登録していない方、相続人の方、被保険者以外の口座に 振り込み希望の方は利用できません。) ※公金受取口座を利用する場合、①の口座情報の記入は不要です。 ※公金受取口座を登録しているか不明の場合は、①に口座情報を記入してください。												

申請者以外の口座への振り込みを希望される方は、次の委任欄も記入してください。

【委任欄】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)	氏名
受任者(代理人)	氏名

市区町村
受付日付印

市区町村 確認欄	受領申出等 ☐ 済 ☐ 不要	口座入力 ☐ 相続人	受付入力
-------------	---	--------------------------------------	------