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、該当する箇所にチェックしてください。

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

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿

振込先金融機関	☐銀行 ☐信用金庫 ☐農業協同組合 ☐（　　）		☐本店 ☐支店 ☐（　　）	預金種別	☐普通 ☐当座 ☐貯蓄
	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		
	口座番号				
	口座名義人（カタカナ）				

※ゆうちょ銀行への振り込みをご希望の方は、**通帳を開いて１ページ目下部にある振込用の店名・口座番号（７桁）を上の欄に記入してください。**振込用の店名等が不明の場合のみ、下の欄に記入してください。

ゆうちょ銀行	記号（６桁目がある場合は※欄に記入）	※	番号（右詰め）
口座名義人（カタカナ）			

☐ 公金受取口座を利用します。

※マイナンバーとともに国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は☑してください。公金受取口座を利用する場合、口座情報の記載は不要です。

※マイナポータルで公金受取口座を変更した場合は、お住まいの市区町村へ口座変更届の提出が必要です。

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

市区町確認欄	受領申出等	口座入力	受付入力
	☐済　☐不要		