

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

口座変更

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| 被保険者番号 |  | 個人番号 |  |
| 氏名     |  |      |  |
| 生年月日   |  | 電話番号 |  |

|                                                 |                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------|
| 医療費の窓口負担について、医療費助成制度を利用し減免の認定を受けているか。（※該当者のみ記入） |                       |
| 制度名ー                                            | （費用徴収の有・無）            |
| 発病又は負傷の理由                                       | 第三者行為<br>第三者行為以外の一般疾病 |

※上記について、原子爆弾被害者に対する公費負担医療制度および無料低額診療制度などを利用されている方は、必ず記入してください。

|                    |                                   |                 |             |                 |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|
| 振込先                | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（ ） | 本店<br>支店<br>出張所 | 預金種別<br>（ ） | 普通<br>当座<br>（ ） |
|                    |                                   |                 |             |                 |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                   |                 |             |                 |
| 口座名義人<br>（カタカナ）    |                                   |                 |             |                 |
|                    |                                   |                 |             |                 |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。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。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
なお、再審査や過誤等により支給額が変動した場合に、次回以降に発生する高額療養費と相殺処理を行うことに同意します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒

申請者 住 所

氏 名

委任欄

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費に係る  
申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任いたします。

委任者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_