

# 記入見本

和暦又は西暦〇年〇月〇日

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

該当に○

新規・口座変更・相続

被保険者番号	12345678	マイナンバー (個人番号)	123456789012 (相続の場合記入不要)
氏名	東京 花子		生年月日 (和暦) 〇〇年〇月〇日又は (西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日

医療機関で他の医療助成 該当するものに○を付けてください。	該当に○。 ④など、健康保険以外の医療券をお持ちの方は「利 用している」に○、下記にご記入ください。	利用していない
「利用している」に○を付けた方のみ記入してください。		
制度名・・・		窓口負担・・・ 有 ・ 無

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	△△	本店・支店 出張所 〔 〕	預金種別 普通 当座 〔 〕
		金融機関コード	支店コード	

口座番号 右詰めで記入してください	0	1	2	3	4	5	6		
口座名義人 (カタカナ)	ト	ウ	キ	ヨ	ウ		ハ	ナ	コ

口座は被保険者本人のものをご指定、口座名義人はカタカナでご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合は、通帳の1ページ目下方に記載がある、漢数字の支店名と7桁の口座番号をご記入ください。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は〔 〕内に記入してください。口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字と

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
全ての高額療養費について、この申請書をもって請求し、上記口座に振り込むことを承諾します。  
和暦又は西暦 〇 年 〇 月 〇 日

申請者 (〒 135-0016 )  
住所 東京都江東区東陽〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 東京 花子

連絡先電話番号 03 ( 3647 ) 〇〇〇〇

被保険者本人がご記入ください。

※口座名義人、署名欄記載氏名が被保険者以外の場合は委任状の記載が必要になります。