

○高額療養費（償還払い）とは、1か月（同一月）に支払った医療費が限度額を超えたとき、申請された口座へ超えた額を給付する制度です。
 ○申請を一度していただくことで、2回目以降の申請手続きは不要となり、該当した際には登録された口座に自動的に支給されるようになります。
 ○支給を受ける権利は、診療を受けた月の翌月1日から2年間で時効となりますので、お早めに申請をお願いします。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	2 2 2 2 2 2 2 2	個人番号	① 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
氏 名	給付 二郎		
生年月日	昭和12年 8 月 4 日	電話番号	② 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0
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 有)	
受けられない			
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（疾病等・自損等）		
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()内に記載してください。			
振込先	③ △△△	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 本店・支所 ()
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	預金種別	普通 当座
口座名義人 (カタカナ)	キ ュ ウ フ シ ム ロ ウ		
受取口座	☐ 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した口座を利用します。にチェック(✓)してください。 ☐ 公金受取口座を利用しない場合のみ、枠内上段に振込を希望する口座《銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義》を記入してください。		
※ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁の店名を振込先支店欄へ、7桁の口座番号を口座番号欄へ記入してください。 ※ 口座番号・口座名義は、左詰めで記入してください。 ※ 濁点・半濁点は、1字として記入してください。 ※ 姓と名の間は1字空けてください。 ※マイナンバーカードを使って事前に公金受取口座の登録をしていない方はご利用できません。 ※被保険者本人以外の公金受取口座は、利用できません。 ※年金の振込口座ではありません。			
長野県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。			
令和○年 ○月 ○日	④		
申請者 (被保険者)	住所 長野県○○市○○○町1番地		
氏名	⑤ 給付 二郎		

裏面の委任状は、被保険者本人以外の口座へ振込みを希望する場合に記入してください。

委 任 状	
年 月 日	
長野県後期高齢者医療広域連合長宛	
被保険者本人の住所・氏名・電話番号を記入してください。	
住 所	
申請者(委任者) 氏 名	(印)
電話番号	
※該当する申請者の申請者の住所氏名を記入します。	
後期高齢者医療による 高額療養費 の支給について、次の者を代理人と定め、医療費の受領に関する権限を委任します。	
振込先口座の名義人となっている方の住所・氏名・電話番号を記入してください。	
代理人(受任者) 住 所	
氏 名	
電話番号	
※振込口座の名義人の住所氏名を記入します。	

④ 記入日を記入してください。
 ⑤ 被保険者本人の住所・氏名を記入してください。
 (氏名は自署してください。)