



保険者			
市町村処理欄			
受付		入力	

マイナンバーを記入してください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	11111111	個人番号	0123 4567 8910
氏名	後期 一郎		
生年月日	昭和16年 1月 1日	電話番号	000-000-0000

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	(制度名一) (費用徴収の有・無)
<u>受けられない</u>	
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・自損事故)

振込を希望する口座を記入してください。

銀行	〇〇	本店・支店	××	預金種別	普通当座
信用金庫		本所・支所		( )	( )
信用組合		( )			
協同組合		( )			

申請者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要です。

口座番号	9 9 9 9 9 9 9
口座名義人(カタカナ)	コウキ イチロウ

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  
座を利用します。」にチェック(✓)し  
※公金受取口座を利用する場合は、口座名義(上記入付印)の記載や通帳の手し等の取付等は不要です。

公金受取口座を利用する場合は、チェック☑をしてください。被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。

口座名義人はカタカナで上段より左詰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字空けてください。

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者は被保険者本人です。申請します。

令和5年 4月 1日

申請者 (被保険者) 住所 広域市広域連合1番地

氏名 後期 一郎