

## 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。

<b>申請者</b>	申請日	年	月	日		
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。	氏名				電話番号	- -
	住所					

### 振込先 (①・②のいずれかを記入)

① 口座金利受取	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※公金受取口座を利用する場合、②の口座情報の記載は不要です。 ※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。 (口座を登録していない方や、相続人の方、被保険者以外の口座に振り込み希望の方は利用できません。) ※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。										
② 指定する 口座へ 振込	フリガナ										
	口座名義人										
	銀行・信金 農協・信組			本店・支店 出張所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座					
	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										
※ゆうちょ銀行への振り込みをご希望の方で、振込用の店名(八一八など)・預金種目・口座番号が <b>不明な場合のみ</b> 、下の欄を記入してください。(店名等は通帳を開いて1ページ目の下部に記載されています。)											
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)					

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	_____

市区町村 確認欄	受領申出等 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要	口座入力 <input type="checkbox"/> 相続人	受付入力
-------------	---	--------------------------------------	------