

後 期 高 齢 者 医 療

高額療養費(特定疾病差額)支給申請書

|             |       |         |  |
|-------------|-------|---------|--|
| 受 付 時 使 用 欄 |       |         |  |
| 受付日         | 年 月 日 |         |  |
| 決定日         | 年 月 日 |         |  |
| システム入力者     |       | システム確認者 |  |

|                                                                                                                                        |  |                  |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|-----------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号                                                                                                                                 |  | 個人番号<br>(マイナンバー) | ※不明・亡くなられた方の場合には空欄でもかまいません。 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                                 |  |                  | 生年月日                        | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診又は入院の原因が、第三者行為(交通事故等)又は労働災害による受傷・疾病で、保険会社等の補償等を受けている場合は、高額療養費の支給対象にならないことがあります。<br>あてはまる場合は☑を入れてください。<br>☐第三者行為(交通事故等)又は労働災害による受傷・疾病 |  |                  |                             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                    |                                      |                |       |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------|--------------------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先                                                | 銀<br>金<br>組<br>農<br>行<br>庫<br>合<br>協 | 本店<br>支<br>( ) |       | 預<br>金<br>種<br>別               | 普<br>通<br>当<br>座<br>( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                      | 金融機関コード        | 支店コード |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                      |                |       |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。                        |                                      |                |       |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号(右詰)                                           |                                      |                | 記号・番号 | ※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、姓と名の間は1マスあけてください。 |                                      |                |       |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ)                                    |                                      |                |       |                                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者の住所・氏名等                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。<br>また、高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更となった場合には、その後の高額療養費の支給額で調整されることを承諾します。県または市町村による福祉医療費助成制度(重度心身障害者医療費や精神障害者医療費等)の利用に伴い、高額療養費が発生した場合には、県または市町村の助成額分による高額療養費の全部または一部を県または市町村が受領することに同意します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 広島県後期高齢者医療広域連合長 様<br>(〒 - )<br>住所<br>氏名 被保険者との関係<br>電話番号 ( ) -                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                  |                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任状                                                                                                                                                              | ※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☑を入れて記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費(高齢者の医療の確保に関する法律第84条)に関する次の行為について一切の権限を委任します。<br>委任者(被保険者)の住所<br>氏名<br>☐ 申請に関すること。<br>受任者(代理人)の住所 氏名<br>☐ 受領に関すること。<br>受任者(代理人)の住所 氏名 |                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |