

後 期 高 齢 者 医 療
高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

(新規 ・ 変更)

保 険 者 番 号	3	9	0	3	2	0	7	3	被 保 険 者 番 号									
被 保 険 者 氏 名									個 人 番 号									
生 年 月 日	年			月			日			電 話 番 号	— —							

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	
1 受けられる (制度名—)	
2 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(自損事故・疾病等)

該当するものに○をつけてください。該当するものがないときは () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 協 ()	支 店 支 所 出 張 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座
	口 座 番 号			
	カ タ カ ナ			
	口 座 名 義 人			

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 —

申請者 (被保険者) 住所

氏名

該当する数字に○をつけてください。

委 任 状

1 私は、下記の者を代理人として定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

2 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、久慈市長 に委任します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 氏名

代理人 (口座名義人) 住所

※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。 氏名

申請者との続柄

記入例

高額療養費とは、1か月にかかった医療費が、自己負担限度額（世帯の所得等により決まっています）を超えた場合、その超えた分の金額が申請により戻ってくる制度です。

(新規・変更)

同 額 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3 9 0 3 2	マイナンバーを記載してください。	3 4 5 6 7
被保険者氏名	後期 久慈雄	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
生年月日	明・大・昭 15年 12月 31日	電話番号	0104-52-2118
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	医療費助成又は退職教職員互助会等による支給を受けている場合は、1に○をつけ、制度名を記入してください。その他の場合は、2に○をつけてください。		
1 受けられる (制度名— 重度心身障がい者医療費助成)			
2 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(自損事故・疾病等)		

該当するものに○をつけてください。該当するものがないときは()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先口座	後期	銀行 信用金庫 農協 ()	久慈	支店 支所 出張所 ()	預金種別	普通 当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	カタカナ	コウキ	クジ	オ		
口座名義人	後期 久慈雄					

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、濁点・半濁点は

高額療養費を受け取る口座を記入してください。窓口で口座情報を確認しますので、通帳やキャッシュカードをご持参ください。

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

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒028-8030

(被保険者) 住所 岩手県久慈市川崎町1-1

氏名 後期 久慈雄

この欄は、医療費助成を受けている場合、申請者氏名の記入が必要です。

また、申請者と口座名義人が異なる場合には、代理人の住所・氏名・続柄も記入してください。

該当する数字に○をつけてください。

委任状

1 私は、下記の者を代理人として定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

② 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、久慈市長 寺町村長 に委任します。

令和 *年 *月 **日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 氏名 後期 久慈雄

代理人 (口座名義人) 住所

※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。

氏名

申請者との続柄