

高額療養費の申請のしかた

申請書の記入例

後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	氏名	広域 太郎					
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
生年月日	明	・	大	・	<input checked="" type="radio"/> 昭	5	年	5	月	5	日	電話番号	012-345-6789		

他の制度により医療費の自己負担の軽減を受けられますか。

受けられる (制度名) (自己負担 有・無)

受けられない

該当するものに○をつけてください。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	ゆうちょ	<input checked="" type="radio"/> 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	四四八	<input checked="" type="radio"/> 本店 支店 出張所	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座 貯蓄									
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒ 9 9 0 0 4 4 8														
口座番号	0	1	2	3	4	5	6								
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	タ	ロ	ウ								

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

〇〇 年 〇 月 〇 日
〒123-4567

申請者 住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート〇号室

氏 名 広域 太郎 印

連絡先電話番号 012-345-6789

申請書の記入方法

- 被保険者番号
- 氏名
- 個人番号(マイナンバー)
- 性別
- 生年月日
- 電話番号 を記入します。

- 自立支援医療や難病医療
 - 自治体独自の福祉医療
 - 医療機関独自の無料低額診療
- など、他の制度で医療費の自己負担の軽減を受けられるかなどを記入します。

被保険者名義の口座を記入します。

※委任状で受領を委任した場合は、委任を受けた人の口座を記入します。

- 申請日
- 住所
- 氏名
- 電話番号 を記入し、印鑑(ゴム印などでないもの)を押します。

※委任状で申請を委任した場合は、委任を受けた人の住所などを記入します。

申請時にお持ちいただくもの

- ① 全員 申請書
- ② 全員 被保険者証
- ③ 全員 個人番号カード又は個人番号の通知カード
- ④ 全員 振込先が分かるもの(通帳など)
- ⑤ 全員 印鑑(ゴム印などでないもの)
- ⑥ 該当者のみ 委任状(被保険者以外の方が申請する場合や被保険者以外の方の口座に振り込む場合)
- ⑦ 該当者のみ 「相続人代表者指定届」と戸籍謄本、遺産相続分割協議書など被保険者と相続人の関係が分かる書類(相続人が申請する場合)
- ⑧ 該当者のみ 自立支援医療、難病医療、福祉医療の受給者証や、無料低額券などの内容が分かるもの(他の制度で医療費の自己負担額の軽減を受けられる場合)

※ 郵送で申請する場合は、申請書に漏れなく記入、押印し、①、⑥、⑦の原本(戸籍謄本などは写し)と⑧の写しを郵送してください。(振込み誤りを防ぐため、口座情報を正確に記載してください。)