様式第２９号

後期高齢者医療　**高額療養費**支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 被保険者番号 |  |
| 個 人 番 号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 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ているか否か |
| ア．受けている　　（制度名－　　　　　　　　　　　　　　　）　　（費用徴収の　有・無　）イ．受けていない |
| 発病または負傷の理由 | １：第三者行為（交通事故等）　　２：その他（自損事故・疾病等） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　信金・信組(　　　　　)　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　本店　　　　　　　　　支店　　　　　　　　(　　　　　) | 種別 | 口座番号 |
| 普通(　　　　) |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 群馬県後期高齢者医療広域連合長あて上記のとおり高額療養費の支給を申請するとともに、支給決定日以降該当となる高額療養費の申請に関する権限を群馬県後期高齢者医療広域連合に委任します。また、審査等により過払いとなった場合には、次回以降の高額療養費と調整することに同意します。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、高額療養費の支給の全部又は一部を差し止めることに同意します。　　年　　月　　日（〒　　　－　　　　）　　　　　　　　住　所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　　　　）（被保険者・申立人） 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）**□**私は下記の受領者を代理人と定め高額療養費の受領に関する権限を委任します。　　　　　　　住　所　　受領者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（　　　　）（上記口座名義人）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |

|  |
| --- |
| （〒　　　－　　　　） 　　　　　　　　住　所　　来庁者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（　　　　）（申請書の提出者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）注：来庁者が上記申請者に同じ場合及び郵送の場合は記入不要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 市町村受付 | 市町村担当 |  | 広域記入欄 | 支給決定日 | 　　　年　　　月　　　日 | 広域担当 |
|  |  |  | 不備 | 入力 |  |  |
|  |  |

様式第２９号

**記　載　例**

* 別紙の申請書の太枠内を黒色のボールペンで記入してください。
* 記入事項を訂正する場合には訂正箇所に二重線を引き、その近くに正しい

文言を記入してください（訂正印は不要です）。

後期高齢者医療　**高額療養費**支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | **３９１０２０００** | 被保険者番号 | **０１２３４５６７** |
| 個 人 番 号 | **１２３４５６７８９０１２** |
| 被保険者氏名個人番号（マイナンバー）を記入してください。 | 広域　太郎相手のいる交通事故等にあって発病、負傷した場合は「１：第三者行為（交通事故等）」を丸で囲んでください。 |
| 生年月日 | 昭和 １５ 年　７ 月　１ 日 |
| 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ているか否か更生医療、特定疾患、福祉医療などの医療費の助成を受けている場合は「ア．受けている」を丸で囲み、制度名、費用徴収の有無を記入してください。 |
| ア．受けている　　（制度名－　　　　　　　　　　　　　　　）　　（費用徴収の　有・無　）イ．受けていない |
| 発病または負傷の理由 | １：第三者行為（交通事故等）　　２：その他（自損事故・疾病等） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 　　　　　　　銀行・農協**ABC**　　　信金・信組(　　　　　)　　　　　　　　　* 金融機関名、支店名、種別、口座番号、口座名義人（フリガナ・氏名）を記入してください。
* 当座、貯蓄預金はご利用できます。種別の（　）内に記入してください。
* 口座番号が6ケタ以下の場合は右詰めで記入してください。
* 口座名義人（フリガナ・氏名）の姓と名の間は１文字程度空けてください。
* ゆうちょ銀行はご利用できますが、従来の「記号・番号」では振り込むことはできません。他の金融機関からの振込用の店名・預金種目・口座番号を記入してください。**（店名は漢数字ですのでご注意ください）**

**例「金融機関名：ゆうちょ」「店名：○一二」「預金種目：普通」****「口座番号（７ケタ）：１２３４５６７」** | 　　　　　　　　本店　**DEF**　　　　　　　　支店　　　　　　　　(　　　　　) | 種別 | 口座番号 |
| 普通(　　　　) | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  **コウイキ　ジロウ** |
| 氏名 | **広域　次郎** |
| 群馬県後期高齢者医療広域連合長あて上記のとおり高額療養費の支給を申請するとともに、支給決定日以降該当となる高額療養費の申請に関する権限を群馬県後期高齢者医療広域連合に委任します。また、審査等により過払いとなった場合には、次回以降の高額療養費と調整することに同意します。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、高額療養費の支給の全部又は一部を差し止めることに同意します。* 被保険者本人を記入してください。
* 電話番号は市外局番から記入してください。
* **押印は不要です。**

**令和　３**年 **５**月**２１**日（〒**１２３**－**４５６７**）　　　　　　　　住　所　**群馬県前橋市大渡町１１－１**　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（ **本人** ）（被保険者・申立人） 氏　名　**広域　太郎**　　　　　　　　　 電話番号**１１１**（**１１１**）**１１１１****✔****□**私は下記の受領者を代理人と定め高額療養費の受領に関する権限を委任します。　　　　　　　住　所 **群馬県前橋市大渡町２２－２**　　受領者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（**子**）（上記口座名義人）氏　名　**広域　次郎**　　　　　　　 電話番号**２２２**（**２２２**）**２２２２**被保険者本人以外の口座に振り込む場合のみ□に✔をして、「受領者」に口座名義人を記入してください。 |

|  |
| --- |
| （〒　　　－　　　　） 　　　　　　　　住　所　　来庁者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（　　　　）（申請書の提出者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）注：来庁者が上記申請者に同じ場合及び郵送の場合は記入不要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 市町村受付 | 市町村担当 |  | 広域記入欄 | 支給決定日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 広域担当 |
|  |  |  | 不備 | 入力 |  |  |
|  |  |

* 申請書を郵送する場合は記入しないでください。
* 被保険者本人が市町村へ申請書を持参する場合は記入しないでください。
* 被保険者本人以外が市町村へ申請書を持参する場合は持参する方を記入してください。
* 住所は郵便番号から記入してください。

 様式第２９号

**記載例（申立済）**

* 別紙の申請書の太枠内を黒色のボールペンで記入してください。
* 記入事項を訂正する場合には訂正箇所に二重線を引き、その近くに正しい

文言を記入してください（訂正印は不要です）。

後期高齢者医療　**高額療養費**支給申請書

**申立済**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | **３９１０２０００** | 被保険者番号 | **０１２３４５６７** |
| 個 人 番 号個人番号（マイナンバー）を記入してください。※亡くなられている場合、未記入可。 | 　 |
| 被保険者氏名 | **広域　太郎** |
| 生年月日 | 昭和 **１５** 年　**７** 月　**１** 日 | 性　別 | **男** |
| 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ているか否か |
| ア．受けている　　（制度名－　　　　　　　　　　　　　　　）　　（費用徴収の　有・無　）相手のいる交通事故等にあって発病、負傷した場合は「１：第三者行為（交通事故等）」を丸で囲んでください。イ．受けていない |
| 発病または負傷の理由 | １：第三者行為（交通事故等）　　２：その他（自損事故・疾病等） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄更生医療、特定疾患、福祉医療などの医療費の助成を受けている場合は「ア．受けている」を丸で囲み、制度名、費用徴収の有無を記入してください。 | 　　　　　　　銀行・農協**ABC**　　　信金・信組(　　　　　)　　　　　　　　　* 金融機関名、支店名、種別、口座番号、口座名義人（フリガナ・氏名）を記入してください。
* 当座、貯蓄預金はご利用できます。種別の（　）内に記入してください。
* 口座番号が6ケタ以下の場合は右詰めで記入してください。
* 口座名義人（フリガナ・氏名）の姓と名の間は１文字程度空けてください。
* ゆうちょ銀行はご利用できますが、従来の「記号・番号」では振り込むことはできません。他の金融機関からの振込用の店名・預金種目・口座番号を記入してください。**（店名は漢数字ですのでご注意ください）**

**例「金融機関名：ゆうちょ」「店名：○一二」「預金種目：普通」****「口座番号（７ケタ）：１２３４５６７」** | 　　　　　　　　本店　**DEF**　　　　　　　　支店　　　　　　　　(　　　　　) | 種別 | 口座番号 |
| 普通(　　　　) | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  **コウイキ　ジロウ** |
| 氏名 | **広域　次郎** |
| 群馬県後期高齢者医療広域連合長あて上記のとおり高額療養費の支給を申請するとともに、支給決定日以降該当となる高額療養費の申請に関する権限を群馬県後期高齢者医療広域連合に委任します。また、審査等により過払いとなった場合には、次回以降の高額療養費と調整することに同意します。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、高額療養費の支給の全部又は一部を差し止めることに同意します。* 申立人を記入してください。
* 申請者区分は「申立人」に○をしてください。
* 電話番号は市外局番から記入してください。
* **押印は不要です。**

**令和　３**年 **５**月**２１**日（〒**１２３**－**４５６７**）　　　　　　　　住　所　**群馬県前橋市大渡町１１－１**　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（ **子** ）（被保険者・申立人） 氏　名　**広域　次郎**　　　　　　　　　 電話番号**１１１**（**１１１**）**１１１１****✔****□**私は下記の受領者を代理人と定め高額療養費の受領に関する権限を委任します。　　　　　　　住　所 　受領者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（）（上記口座名義人）氏　名　　　　　　　　 電話番号（）* 被保険者本人以外の口座に振り込む場合のみ□に✔をして、「受領者」に口座名義人を記入してください。
 |

|  |
| --- |
| （〒　　　－　　　　） 　　　　　　　　住　所　　来庁者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　（　　　　）（申請書の提出者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）注：来庁者が上記申請者に同じ場合及び郵送の場合は記入不要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 市町村受付 | 市町村担当 |  | 広域記入欄 | 支給決定日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 広域担当 |
|  |  |  | 不備 | 入力 |  |  |
|  |  |

* 申請書を郵送する場合は記入しないでください。
* 申立人本人が市町村へ申請書を持参する場合は記入しないでください。
* 申立人本人以外が市町村へ申請書を持参する場合は持参する方を記入してください。
* 住所は郵便番号から記入してください。