

## 記 載 例

010-8501

秋田市山王1番1号

長寿 太郎 様

個人番号（マイナンバー）を記入する場合は、  
申請者の身分証明書が必要です。

（郵送による申請の場合はコピー可）

※個人番号が未記入であっても受理します。

### 後期高齢者医療高額療養費支給申請

|        |                 |      |                |      |         |
|--------|-----------------|------|----------------|------|---------|
| 被保険者番号 | 9 9 9 9 9 9 9 9 | 個人番号 | 0123 4567 8910 |      |         |
| 氏 名    | 長寿 太郎           |      |                |      |         |
| 生年月日   | 昭和3年1月1日        | 性別   | 男              | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇 |

他の制度により自己負担額相当分額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる (制度名一 ) (費用徴収の 有 ・ 無)

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場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|                                                                                                               |                   |                                                             |     |       |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-------|----|----|
| 振<br>込<br>先                                                                                                   | 広域                | 銀行                                                          | 秋田  | 本店・支店 | 預金 | 普通 |
|                                                                                                               |                   | 信用金庫                                                        | ( ) | ( )   | 当座 |    |
| 口座番号等<br><small>左詰記載して下さい</small>                                                                             | 0 1 2 3 4 5       | 申請者と異なる名義の口座に振り込むときは、<br>下部の「受領代理人の欄」を記入してください。             |     |       |    |    |
| 口座名義人<br><small>(カタカナ)</small>                                                                                | チ ヨ ウ シ ュ イ チ ロ ウ |                                                             |     |       |    |    |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。<br>※給付金等の受取口座として、国に事前に登<br>す」にチェック (✓) してください。<br>※公金受取口座を利用する場合は、口座情報 |                   | 被保険者ご本人がマイナンバーカードで公金受取口座<br>を登録済みの場合にチェックをして下さい。代理人は<br>不可。 |     |       |    |    |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記載してください。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

秋田県 後期高齢者医療広域連合 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します  
なお、加護調整等により、相殺すべき事由が生

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（被保険者） 住 所 秋田市山王1番1号

氏 名 長寿 太郎

- ・住所、氏名を記入してください。
- ・申請者は被保険者本人です。（代筆可）
- ・領収書の添付は不要です。

受  
領  
代  
理  
人  
の  
欄

本請求に基づく高額療養費の受領を代理人に委任します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（委任者） 氏名 長寿 太郎

代理人（受任者） 住所 秋田市山王1番2号

氏名 長寿 一郎

申請者（被保険者）と口座名  
義人が異なる場合にのみ記入  
します。