|  |  |
| --- | --- |
| 保 険 者 |  |
|  |

**書き方見本**

**通知カード又は個人番号カードを確認してください。**

**不明・亡くなられた方の場合には未記入で構いません。**

**後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | **12345678** | 個人番号  （マイナンバー） | **123456789123** | |
| 氏　　名 | 国分　花子 | | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 |

**振込口座変更の場合：変更後の口座情報をご記入ください。**

**死亡による振込口座変更の場合：相続人を代表して高額療養費を受け取る方の口座をご記入ください**。

|  |
| --- |
| 医療機関で他の医療助成制度による医療券又は受給者証を利用していますか。  該当するものに○を付けてください。　　　　　　　　　　　 利用している　　・　　利用していない |
| 「利用している」に○を付けた方のみ記入してください。  　制度名・・・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　窓口負担 ・・・　 有 ・ 無 |

振込先口座を記入してください。

公金受取口座を利用する場合は公金受取口座欄に☑をしていただき、振込先口座の記入はしないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公金受取口座 | ☐　マイナポータルに登録した**公金受取口座**を利用します **（被保険者本人のみ利用可）**  ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。  **公金受取口座をご利用の方は、□にチェックを入れ、振込先口座の記載はしないでください。**  ※公金受取口座を利用できるのは**被保険者本人**のみです。  ※**マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。**  ※必ず、**申請書上部にある個人番号欄**に**マイナンバー**を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振　込　先 | 銀　　行  信用金庫  **国分寺**  信用組合  協同組合 | | | | | | | 本店・支店  **国分寺**  出張所  〔　　　　〕 | | | | | | | | | | | | 預金  種別 | | 普通  当座  〔 　　〕 | | |
| 金融機関コード  （記入不要）  **公金受取口座をご利用しない場合、振込先口座情報を記入してください。** | | | | | | | 支店コード  （記入不要） | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 口座番号  右詰めで記入してください | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **7** | |
| 口座名義人  （カタカナ）  上段から左詰めで記入してください | | **コ** | **ク** | **フ** | **゛** |  | **ハ** | | **ナ** | | **コ** | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | **名字と名前の間は1マス開けてください。濁点も1マスにしてください。** | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は〔　〕内に記入してください。

口座名義人は、濁点・半濁点を１字として、姓と名の間は１字空けてください。

**振込口座変更の場合**：被保険者ご本人名で申請してください(代筆可)

**死亡による振込口座変更の場合**：相続人を代表して受け取る方(上記の口座名義人)の住所・氏名等をお願いします。

花子

訂正するときは、見本のとおり➀間違えた箇所に二重線を引き、②その上に正しい文言を書き、③その隣にフルネームで小さく署名してください。

**※修正液等の使用、２度書き、塗りつぶし等は行わないでください。**

申請者

（〒　　　－　　　　　）

住所　　　　　　**国分寺市戸倉１－６－１**

氏名　　　　　　**国分　太郎　　国分花子**　　連絡先　　　**042 （　325　）　0111**

東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。全ての高額療養費について、この申請書をもって請求し、上記口座に振り込むことを承諾します。

なお、東京都の医療助成の適用を受けた高額療養費がある場合、その申請の手続及び受領については東京都知事に委任します。

　　　　　年　　　月　　　日

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。