

書き方見本

年 月 日

保険者	39132147
-----	----------

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・お亡くなり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	マイナンバー (個人番号)	123456789123
氏名	国分 花子		生年月日 昭和〇年〇月〇日

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。

利用している ・ 利用していない

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。

窓口負担・・・有 ・ 無

振込先	国分寺	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	国分寺		本店・支店 出張所 〔 〕	預金種別 普通 当座 〔 〕
			金融機関コード	支店コード		

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)	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
口座名義人は、カタカナで

ださい。網掛けの中は記入不要です。
して、姓と名の間は1字空けてください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

訂正するときは、見本のとおり①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。

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(代理記入可)。

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

(〒185-8501)
住所 国分寺市戸倉1-6-1
花子
氏名 国分 太郎 国分花子
連絡先電話番号 042 (325) 0111