

後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

□新規 □変更 □相続人登録

被保険者番号 09876543 個人番号 123456789098
被保険者氏名 申請者と同じ 電話番号 申請者と同じ
生年月日 明治・大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 性別 男・女

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( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。
口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。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。

振込先 あいちせと 銀行 信用金庫 協同組合
追分 本店・支店・出張所
預金種別 普通当座
口座番号 0987654
口座名義人 (カタカナ) セ ト ト ウ ト

□ 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。そのため、振込先口座を変更する場合はあらためて変更申請が必要です。

(あて先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、診療報酬明細書の再審査等により高額療養費が減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて広域連合が支給することに同意します。
【申請者(被保険者または相続人)】 令和 年 月 日
住所 (〒 - )
瀬戸市追分町123番地の45
氏名 瀬戸 陶土 連絡先 (0561) 12 - 3456
被保険者(相続人)との関係 □配偶者 □子 □その他( )

\*被保険者以外が申請する場合及び被保険者(相続人)以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入をしてください。
【委任欄】
【代理人】
(住所)
(連絡先) ( )
振込先が申請者本人名義以外の口座の場合は、記入してください。
私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にレ点を付けてください。)
□この申請書における高額療養費の申請に関する事。 □この申請に基づく高額療養費の受領に関する事。
【被保険者または相続人】
(住所) (氏名)

\*被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、裏面欄にも記入をしてください。

市区町村確認欄
Table with 4 columns: 受付, 入力, 確認, (blank)

逝去日 申請者の続柄確認
Table with 2 columns: 逝去日, 申請者の続柄確認 (住基・戸籍 市外の為未確認)

広域連合確認欄
Table with 2 columns: 確認, 訂正

\*被保険者の死亡により相続人が申請及び受領される場合は、以下の欄にも記入をしてください。

**【還付金請求書】【療養費・高額介護合算療養費支給申請書】【誓約書】【送付先変更申請書】**

(あて先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長

(あて先) 瀬戸市長

- 1 以下の内容については相続人(申請者)である私が行います。
  - ・被保険者死亡により高額療養費の支給があった場合の受領について
  - ・被保険者死亡による後期高齢者医療保険料の変更に伴う保険料の納付又は還付金の受領について
  - ・すでに申請済の療養費及び高額介護合算療養費の受領について
  - ・この申請に関するすべての責について
- 2 還付金が発生した場合は、その振込先として上記の口座を指定いたします。
- 3 この高額療養費、療養費、高額介護合算療養費及び保険料還付金について、私は遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合及び瀬戸市には一切迷惑をかけないことを誓約します。
- 4 今後、後期高齢者医療に関する書類を私に送付くださいますようお願いいたします。

**【相続人】**

(住所) 申請者欄に同じ

(氏名)

**申請者(相続人)の氏名を記入してください。**