

後 期 高 齢 者 医 療
（ 新規 ・ 変更 ） 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

保 険 者 番 号	3	9	0	3					被保険者番号									
被保険者氏名									個 人 番 号									
生 年 月 日	年 月 日								電 話 番 号	— —								
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られるか否か																		
1 受けられる（制度名—）																		
2 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)																	
① 振込先口座	銀 行 信用金庫 農 協 ()								支 店 支 所 出 張 所 ()				預 金 種 別			普 通 当 座		
	口 座 番 号																	
	カタカナ																	
口座名義人																		

該当するものに○をつけてください。該当するものがないときは（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。
口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、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。

② 公金受取口座	☐ 被保険者本人の公金受取口座を利用します。また、次の事項について確認しました。
	・マイナポータルで公金受取口座の変更や抹消をした場合は、お住まいの市町村にその旨を連絡してください。
	・公金受取口座を変更した場合でも、国（デジタル庁）で預貯金口座情報を確認する等の審査を行うため、公金受取口座が変更登録されるまでに一定の時間が必要となり、変更前の口座に振り込む場合があります。
	・公金受取口座を抹消した場合、申請書を改めて提出する必要があります。

※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、「②公金受取口座」の「☐」にチェック（✓）してください。

※公金受取口座に☑がある場合でも、公金受取口座が登録されていない場合や、①の口座と相違している場合、①の口座へ振り込みます。

※②公金受取口座を利用する場合も「①振込先口座」の欄は必ず記入してください。

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。	
年 月 日	
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様	
〒 —	
申請者（被保険者）	住所
氏名	

委 任 状		※該当する数字に○をつけてください。	
1 私は、下記の者を代理人として定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。			
2 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、市町村長 に委任します。			
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様		年 月 日	
申請者（被保険者） 氏名			
代理人（口座名義人）住所			
※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。		氏名	
		申請者との続柄（ ）	