

記載例（高額療養費支給申請書）

年 月 日

保険者	39182019
	福井市役所

①被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。

④被保険者の性別を記入してください。

②被保険者の氏名を記入してください。

⑤被保険者の電話番号を記入してください。

③被保険者の生年月日を記入してください。

被保険者番号	39182019	氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 2年 4月 20日	性別	男	電話番号	XXXX-XX-XXXX

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。

先	○	○	銀行	○	○	本店・支店	○	預金種別	普通
			信用金庫			()			当座
			協同組合						
			信用組合						

⑥金融機関を記入してください。

⑦通帳等をご確認の上、書き間違いのないようご注意ください。

口座番号等 左づめ記載して下さい	4	5	6	7	8	9	0
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	タ	ロ	ウ

⑧口座名義人は必ずカタカナで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

1 被保険者（本人）以外の口座へ振込を希望される場合、下記の委任欄に記入してください。

私は下記の申請者または口座名義人を代理人と定めます。

被保険者 氏名 _____ 印

⑨被保険者以外の口座へ振込を希望する場合のみ、被保険者の署名・押印をお願いします。

2 支給を受けた高額療養費の支給額に調整すべき差額が生じた場合、以降に支給される高額療養費の支給額と調整することを申し出し、上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

平成20年 7月 30日

⑩申請日を記入してください。

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 千〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇町1-23

広域連合受付印	市町受付印
---------	-------

氏名 広域 太郎 

被保険者との続柄 本人

⑪申請者の住所、氏名等を記入してください。印鑑を忘れずに押してください。

電話 XXXX-XX-XXXX
※日中連絡が取れる電話番号を記入

※同じ印鑑を押ししてください。

