

記載例（高額療養費）

年 月 日

保険者	3 9 1 8 〇〇〇〇
	〇〇市(町)

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。

②個人番号を記入してください。

④被保険者の生年月日を記入してください。

③被保険者の氏名を記入してください。

⑤被保険者の性別を記入してください。

⑥被保険者の電話番号を記入してください。

被保険者番号	〇〇 1 2 3 4 5 6		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
氏名	広域 太郎						
生年月日	昭和 2 年 4 月 2 0 日	性別	男	電話番号	× × × × - × × - × × × ×		
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）				

⑦該当する理由に○を付けてください。

⑧金融機関を記入してください。

振込先	〇	〇	銀行	〇	〇	本店・支店	預金種別	普通	捨印 印
			信用金庫 協同組合 信用組合			()		当座	

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

⑨通帳等をご確認の上、書き間違いのないようにご注意ください。

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

⑩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。

1 (被保険者以外の口座へ振り込む場合、署名・押印して)
私は上記の口座への振込みを承諾します。
被保険者 氏名 印

2 (被保険者以外の方が申請手続きをする場合、署名・押印してください。)
私は下記の方に高額療養費の支給申請手続きを委任します。
被保険者 氏名 印

上記のとおり、高額
⑪申請日を記入してください。
に、後日、調整すべき差額
の場合、その場合以降に支給される高額療養費と調整されることに同意します。

平成30年 4月25日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

※同じ印鑑を
押印ください

申請者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市△△町45-6

⑫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。

名 広域 次郎
被保険者との続柄 本人
電話 ×××× - ×× - ××××

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。