

被保険者番号	0									個人番号 (マイナンバー)											
被保険者氏名									生年 月日	明治 大正 昭和				年	月	日	支給 種別	☒ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ 葬祭費 ☐ 高額介護合算 ☐ ()			
住 所																					
交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ 右の該当するものに○をつけてください。										1：交通事故(自損事故含む) 2：けんか・犬咬み・食中毒等 ※該当するものがない場合は記入不要です。											
後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。																					
振込先金融機関	銀 行 信用金庫・信用組合 労働金庫 農協・信漁連								本店 支店・支所 本店営業部 出張所								預金種別	普 通 ()			
									金融機関コード				店番号								
									口座番号 (右詰めで記入)												
口座名義人 (カタカナで記入)																					
公金受取口座		☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 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「 ☒ 」をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の添付等は不要です。 ※ 公金受取口座は、被保険者本人しか利用できません。																			
長崎県後期高齢者医療広域連合長 様																					
1. 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。																					
2. 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。																					
3. 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、 医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった 場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。																					
年 月 日 郵便番号																					
住 所																					
届出人 (誓約者※)																					
氏 名																					
電話番号																					
被保険者との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 甥・姪 ☐ その他 ※公正証書遺言による相続人など ()																					
《委任状》																					
私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する医療給付金の(振込先の 変更の届け、又は受領)に関する権限を委任します。																					
年 月 日 被保険者 (誓約者)氏名																					
郵便番号																					
代理人 住 所																					
氏 名 続柄																					
電話番号																					

※被保険者の方が亡くなられている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。子の配偶者等は法定相続人にはなりません。

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

高額療養費は相続にあたりますので、法定相続人の方の申請になります。

高額療養費は相続に必要となり、法定相続人の分の申請となります。

被保険者番号	0	4	1	2	3	4	5	6	個人番号 (マイナンバー)										
被保険者氏名	広域 太郎								生年 月日	明治 大正 20 年 1 月 1 日 昭和								支給 種別	☒ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ 葬祭費 ☐ 高額介護合算 ☐ ()
住 所	長崎市栄町4番9号																		
交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ 右の該当するものに○をつけてください。										1：交通事故(自損事故含む) 2：けんか・犬咬み・食中毒等 ※該当するものがない場合は記入不要です。									

後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。

振込先金融機関	銀行 信用金庫・信用組合 ゆうちょ 労働金庫 農協・信漁連	七六八						本店 支店・支所 本店営業部 出張所	預金種別 普通 ()									
		金融機関コード						店番号										
口座番号 (右詰めで記入)		0	1	2	3	4	5	6										
口座名義人 (カタカナで記入)		コウイキ ハナコ																

公金	振り込みを希望される相続人名義の口座の金融機関名・口座開設店名・口座番号・口座名義人を正確にご記入ください。振込不能を防ぐため、通帳のコピーをいただくことがあります。
長崎	※ゆうちょ銀行(郵便局)をご希望の場合は他金融機関からの振込の受取口座として通帳に記載されている【店名】【口座番号】をご記入ください。

- 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。
- 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。
- 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

令和 7 年 7 月 20 日	郵便番号 850-0875
上記 3 をお読みになり、了承された上で署名をしてください。	所 長崎市栄町4番9号
氏 名 広域 花子	被保険者との続柄 ☐ 本人 ☒ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 甥・姪 ☐ その他 ※公正証書遺言による相続人など
電話番号 095-816-3930	

《委任状》 私は、下記 変更の届け、又は受領 に関する医療給付金の(振込先の 年 月 日 被保険者 (誓約者)氏名 郵便番号 代理人 住 所 氏 名 続柄 電話番号	高額療養費に関する通知書等の送付先を上記以外の住所へ希望される場合は付箋等に記入し貼付してください。
---	--

※被保険者の方が亡くなられている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。子の配偶者等は法定相続人にはなりません。