

後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼受領委任同意書（重心該当者用）

1 対象被保険者

被保険者番号					個人番号				
氏名									
生年月日	年	月	日	性別	男・女	電話番号	()	-	
重度心身障がい者 該当年月日	年 月 日								

2 同意事項

(1) 福島県後期高齢者医療広域連合長は、福島市長に対し、私が申請を行う高額療養費を、下記の口座に振込むこと。

振込先	振込先金融機関 東邦銀行 本店 金融機関コード 0126-101 預金種別 普通預金 口座番号 12071 口座名義 フクシマシカイケイカンリシャ								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 福島市長は、(1)により支給された額から、重度心身障がい者医療費助成により支給した額を控除し、医療費助成事業給付金に充当すること。

(3) 福島市長は、(2)により控除した後の額を、以下の口座に振込むこと。

振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所	預 金 種 別 ()	普通 当座 ()
口座番号		※口座番号は7桁記入願います。 (例 1234 → 0001234)		
(カタカナ)				
口座名義人				

福島市長様
福島県後期高齢者医療広域連合長様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。支給後に過誤調整等が生じた場合、後日支給の高額療養費と精算することができるときは、精算することに同意し、精算ができないときは、返納することを約束いたします。なお、福島県後期高齢者医療広域連合長に対して申請を行う「1 対象被保険者」の高額療養費について、「2 同意事項」に記載された取扱いとすることに同意し、(1)の口座名義人を代理人と定め、一切の権限を委任します。

令和 年 月 日
申 請 者 住 所
氏 名
電 話 番 号 () -

受領委任欄	(3)の福島市長より支給される高額療養費の受領に関する権限については、下記受任者に委任します。 委任者(申請者) 氏名 受任者 住 所 氏 名		
-------	--	--	--

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()	広域連合使用欄	
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付	入力
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	照合	

【記入例】

後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼受領委任同意書（重心該当者用）

1 対象被保険者 今回が後期高齢者医療制度へ新規加入の場合は、記入不要です。

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
氏名	福島 太郎																				
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日					性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女		電話番号		(024) 535-1111										
重度心身障がい者 該当年月日	年 月 日																				

2 同意事項 記入不要です。

(1)福島県後期高齢者医療広域連合長は、福島市長に対し、私が申請を行う高額療養費を、下記の口座に振込むこと。

振込先	振込先金融機関 東邦銀行 本店 金融機関コード 0126-101 預金種別 普通預金 口座番号 12071 口座名義 フクシマシカイケイカンリシャ																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 福島市長は、(1)により支給された額から、重度心身障がい者医療費助成により支給した額を控除し、医療費助成事業給付金に充当すること。

(3) 福島市 重度心身障がい者医療費受給資格登録申請と同じ口座でお願いします。

振込先	○○	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	○○ 本店 支店 出張所 1 1 1 1 2 2 2	預金種別	普通 当座 ()
口座番号	0 0 0 1 2 3	金融機関コード及び支店コードをご記入ください。			
(カタカナ)	フクシマ タロウ				
口座名義人	福島 太郎				

福島市長 様

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。支給後に過誤調整等が生じた場合、後日支給の高額療養費と精算することができるときは、精算することに同意し、精算ができないときは、返納することを約束いたします。なお、福島県後期高齢者医療広域連合長に対して申請を行う「1 対象被保険者」の高額療養費について、「2 同意事項」に記載された取扱いとすることに同意し、(1)の口座名義人を代理人と定め、一切の権限を委任します。

○○ 年 ○ 月 ○ 日

申 請 者

住 所

福島市五老内町3番1号

氏 名

福島 太郎

電話番号

(024) 535 - 1111

受領委任欄

(3)の福島市長より支給される高額療養費の受領に関する権限については、下記受任者に委任します。

委任者(申請者) 氏 名

受任者

住 所

氏 名

(3)で被保険者以外の口座を指定する場合のみご記入ください。
(成年後見人の場合は受領委任欄ではなく、申請者の欄に直接記入してください。)

受付欄	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/>	個人番号の本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	又 内	ハ フ	ノ 照 口
	個人番号の代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				

担当:福島市共生社会推進課医療助成係