

**公金口座を利用する  
場合の記入例**

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	<b>01234567</b>	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	●●年	●月	●日											

① 個人番号について  
・マイナンバーカードに記載されている  
12桁の番号を必ずご記入ください。

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ておられますか

受けている (制度名)	国、府等の公費医療を利用しており、自己負担額が軽減されている (無)
受けていない	

該当するものに○をつけてください。不明な場合は空白でもかまいません。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 ( )	預金種別 普通座 ( )
-----	-----------------------------------	--------------	--------------------

口座番号等 左詰記載して下さい	<p>② 受取口座について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□に✓を記入してください。</li> <li>振込先情報は記入不要です。</li> </ul>
口座名義人 (カタカナ)	
受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> 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(✓)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)の記載は不要です。

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字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

申請者(被保険者又は相続人代表)

郵便番号 **540-0028** 住所 **大阪市中央区常盤町1-3-8**

氏名 **広域 太郎** 電話番号 **06-4790-2031**

③ 申請者欄について  
・ご本人の署名をお願いします。

**【注意点】**

- ・本人申請のみ公金受取口座を選択できます。
- ・マイナポータルにて公金受取口座を登録していない場合は利用できません。
- ・被保険者本人以外の口座を選択することはできません。
- ・マイナポータルにて公金受取口座の変更や抹消をされても高額療養費の登録口座は自動的に変更されません。登録口座の変更を希望される場合は変更申請が必要です。
- ・法定代理人として設定されている場合の申請については、お住まいの市区町村または広域連合へお問い合わせください。