

令和 5年 5月 10日

保 険 者	

様

東京都後期高齢者医療広域連合長  
職務代理者



## 高額療養費の支給申請について（お知らせ）

令和 年 月診療分の医療費が高額療養費の支給対象となっております。  
高額療養費支給申請書に必要な事項を記入のうえ、お手続きください。  
※高額療養費の支給対象となっている診療月が複数ある方については、冒頭の表記を「0月診療分」とし、申請書を1枚にまとめさせていただきます。ご了承ください。

成年後見人制度を利用している場合や被保険者本人が亡くなっている場合は、別に書類が必要となりますので、詳しくは下記に記載の市区町村にお問い合わせください。

1. 被保険者番号 . . . . .
2. 氏 名 . . . . .
3. 支給予定額 . . . . .

この金額は、お知らせを作成した時点での見込みです。申請をしていただいた後、支給決定の計算の際に支給額が変更する場合や、支給額が発生しない場合もありますので、ご了承ください。

4. 申請場所 . . . . .
5. 申請方法 . . . . .

- (1) 郵送で申請する場合 ※同封の返信用封筒に切手を貼ってお送りください。
  - ①同封の申請書 ※同封の記入例を参考に記入してください。
  - ②申請者本人の確認書類（被保険者証、運転免許証、パスポート等のうちいずれか1つ）の写し
  - ③被保険者本人のマイナンバーカード又はマイナンバーの通知カード\*の写し
- (2) 持参する場合
  - ①同封の申請書 ※同封の記入例を参考に記入してください。
  - ②通帳等（口座情報の記載のあるもの）
  - ③申請者本人の確認書類（被保険者証、運転免許証、パスポート等のうちいずれか1つ）
  - ④被保険者本人のマイナンバーカード又はマイナンバーの通知カード\*  
\*氏名、住所などが住民票に記載されている内容と一致している場合に限る

6. 申請期間 . . . . . 通知が届いてから2年を経過すると申請ができなくなります。  
申請から約2か月で支給します。お早めに申請するようお願いします。

### ◆問い合わせ先 及び 申請書の提出先

住 所  
電話番号

※送付先変更を希望される方は上記に記載の市区町村にお問い合わせください