

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		個人番号	
氏 名			
生年月日		性 別	電話番号

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られるか否か

受けられる (制度名一) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けられない

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

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 当座 ()
口座番号							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ④ 連絡先 _____

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄)

代理人 (住所) _____ (氏名) _____ ④

(連絡先) _____ (被保険者との関係) _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にレ点を付けてください。)

□この申請書における高額療養費の申請に関すること。 □この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者(住所) _____ (氏名) _____ ④

市区町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--