

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		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()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。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字空けてください。

振 込 先	銀 行	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	信 用 金 庫			
	信 用 組 合			
	協 同 組 合			
	()			
口座番号				
口座名義人				
(カタカナ)				

- 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)
- ※ 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)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- ※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。そのため、振込先口座を変更する場合はあらためて変更申請が必要です。

愛知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。

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 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して下さい。

(委任欄)

代理人 (住所) _____ (氏名) _____

(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□にチェック(✓)してください。)

この申請書の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) _____ (連絡先) _____

市区町村確認欄

受 付		入 力		確 認	
-----	--	-----	--	-----	--

広域連合確認欄

確 認		訂 正	
-----	--	-----	--