

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	(署名又は記名押印)		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人 ( )	住所				

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 ( ) -

他の制度により自己負担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 - ) (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( )内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店	預金種別	普通 当座 ( )
		支店 出張所		
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				

福島県後期高齢者医療広域連合長

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。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

---

受領委任欄	年 月 日 委任者 住 所 _____
	氏 名 _____ ㊟
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	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 ( )
	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 ( )
	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 ( )