

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 (制度名ー)	(費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	

発病または 負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:単独事故(運転・同乗) 3:その他(疾病等)
----------------	---

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 そ の 他
口座番号等 左詰記載して下さい									
口座名義人 (カタカナ)									

高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。 なお、再審査等により既に支給された高額療養費が減額となった場合は、支給額と差引調整することに、 同意します。	
年 月 日	申請者 住所
	氏名 印

※ 申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、下記の委任状欄にご記入ください。	
委 任 状	
私は、 を代理人と定め、高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
申請者の住所、氏名	
住所	氏名 印
代理人の住所、氏名	
住所	氏名 印