

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

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
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>		金融機関コード・支店コード		
口座名義人 (カタカナ)				

金融機関で該当するものに○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。
口座名義人はカタカナで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字あけてください。

山梨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 ⑩

※下記については、申請者の口座以外を指定する場合にご記入ください。

私は、(住所) _____ (申請者との関係) _____
(氏名) _____ を代理人と定め、申請した高額療養費の受領を委任します。
申請者 氏 名 ⑩

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

<input type="checkbox"/> 受けられる	<input type="checkbox"/> 重度心身障害	<input type="checkbox"/> 特定疾患
<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> その他の制度 ()	