

年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏 名	
生年月日	年 月 日	個人番号	
電話番号		発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)

○下記の欄に必要事項をご記入ください。網掛けの中は記載不要です。

○通帳の口座番号・口座名義人等、記載内容に誤りがある場合、振込ができなくなることがあります。

提出の際には、今一度記載内容をご確認くださいようお願いいたします。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店・支所 出張所	預金種別	普通 当座
口座番号等 (左詰で記載して下さい)				
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。

奈良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、高額療養費の支給後において、高額療養費を調整する必要がある場合は、次回給付額と相殺することを承諾いたします。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(被保険者) 氏 名 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療被保険者と振込先の口座名義人が異なる場合は、下の委任状欄も記入してください。

(委任状)

私は、下記の者に、次の権限を委任します。

年 月 日に申請した高額療養費の受領に関すること。

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(被保険者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
委任者との関係 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_