

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	明治 大正 年 月 日 昭和	性別	男・女

他の制度により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) (費用の徴収 有 ・ 無)

受けられない

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()													本店 支店 ()
普通 当座 ()	口座番号													
口座名義人 (カタカナ)														

(委任状)

私は次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

代理人の住所

氏名 印

続柄 連絡先

委任者 印

和歌山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。

また、過誤等により支給金額に変更があった場合は、次回以降分から差し引いて支給を受けることに同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名 印

続柄

連絡先