

# 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	0									氏名						
保険者番号	3	9	3	6												
個人番号																
生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日	電話番号	-		-						

他の制度により自己負担額相当またはその一部の支給を受けられるか否か (該当するものに○をつけてください)																
受けられる (制度名 - ) (費用徴収の 有・無)																
受けられない																
受けられる場合 その制度の公費負担者番号 及び公費受給者番号を記入							公費負担者番号									
							公費受給者番号									
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)									

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。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 金 融 機 関 の 欄	銀行			本店(所)			預金種別		1 普通			
	金庫			支店			金融機関コード		2 当座			
	組合			支所					3 その他( )			
	農協			出張所			支店コード					
	口座番号(7桁)											
口座 名義人		カナ										
		漢字										

口座名義人は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。

委 任 状	私は、次の者を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。												
	代理人(口座名義人)			住所									
				氏名									
委任者(被保険者)			氏名										印

上記のとおり、後期高齢者医療高額療養費の支給申請をします。 ただし、高額療養費の支給後において、医療費の額の増減等によりその支給額に変更が生じた場合は、以後の高額療養費と相殺することを承諾します。													
年 月 日													
徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿													
申請者 〒 -													
住所 _____													
氏名 _____													
届出人(記入者)													
氏名 _____													
電話番号 _____													

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	( )	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	( )	( )