

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		生年月日	年 月 日	個人番号		
氏名					性別	

他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けていますか。

受けている (制度名：特定疾患 自立支援医療 重度心身障害者医療費助成 その他 ())
 受けていない (費用徴収の 有 ・ 無)

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()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

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 左詰記載してください。									
口座名義人 (カタカナ)									

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。

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給申請をします。また、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。今後発生する高額療養費についても、本書により申請します。なお、支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。

年 月 日 千

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 被保険者との続柄 _____
 電話番号 _____

※高額療養費の支給に関しては、この申請書にて申請すれば、次回(2回目)以降の手続を省略することができます。

(次回以降は上記の口座に支給額が振り込まれます。)