

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

受付日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------------------|----------------|---|---|---|--|--|------|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | 氏名 | |
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 電話番号 | |

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。

| | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------|------|-----------------------|
| 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 貯蓄 () |
| | 金融機関コード | 支店コード | | |
| 口座番号 <small>左語記載して下さい</small> | | | | |
| 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。

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名(3桁の数字)・預金種別・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 住所 _____

氏名 _____

※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

| | | |
|-----|--|------------|
| 委任状 | <p>※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。</p> <p>上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | |
| | 申請者 (被保険者) | 住所 _____ |
| | | 氏名 _____ 印 |
| | 代理人 | 住所 _____ |
| | 氏名 _____ 印 | |