第１６号様式１の１

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

		個人番号	
保険者番号		被保険者 氏　名	
被保険者番号			
生 年 月 日	年　月　日	電話番号	

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年　月　日

住所

申請者

氏名

振込先

金融機関口座または公金受取口座のいずれか１つをご選択ください。
公金受取口座に☑があり、下記の振込先も記載されている場合は、公金受取口座を優先します。

□下記の口座を振込先に指定します。

□ マイナンバーに紐づけされた公金受取口座を指定します。
※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。
※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。
記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。

銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 支所 出張所	預金種目	１．普通	口座番号	
金融機関コード	支店コード	口座 名義人			
口座 名義人 （カタカナ）					

※口座番号は右詰で記載してください。
※口座名義人（カタカナ）は上段より左詰で記載してください（濁点・半濁点は１字として、姓と名の間を１字空けてください）。

委任状

私は、次の者に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者（口座名義人）　　委任者（申請者）

住所

氏名　　氏名　　㊞

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

（※ 原爆一般疾病医療費、特定疾患の治療研究に係る医療給付など、後期高齢者医療高額療養費制度以外の公費負担医療制度等により支給を受けられる場合に、ご記入ください。）

制度名

※処理欄

支給金額 円			受　付　印
（備考）			
	本人確認（代理人本人確認）済み　□ 第三者行為あり　□		

※処理欄には何も記載しないでください。