

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	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 _____

申請者 氏名 _____

振込先	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 _____	住所 _____
	氏名 _____	氏名 _____ ⑩

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			受 付 印
	円			
	(備考)			
		本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/>	第三者行為あり <input type="checkbox"/>	

※処理欄には何も記載しないでください。