

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	電話番号

他の制度による医療費助成を受けているか否か、該当するものに○をしてください。

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1 特別医療 | 2 自立支援医療(更正医療・精神通院) |
| 3 特定疾患(難病) | 4 その他(制度名) |
| 5 他の制度による医療費助成を受けていない | |

発症又は負傷の理由 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○を付けてください。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 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座番号等 右詰記載してください	店番	口座番号	/	
郵便局(ゆうちょ銀行)をご指定の場合 (右詰めで記載してください)	記号	番号		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、姓と名の間は1字あけてください。

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

平成 年 月 日

住所 _____

申請者
(被保険者)

氏名 _____ 印

被保険者以外の口座に振り込む場合にご記入ください。

高額療養費の受領に 係る委任証書	委任する事項	上記被保険者の高額療養費の受領に関する一切の権限		
	委任者 (被保険者)	住所		
		氏名	印	
	受任者 (口座名義人)	住所		
	氏名	印		
	委任年月日	平成 年 月 日		