

記入例

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	01234567	個人番号	012345678901
氏名	茨城 太郎		
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	電話番号	012-345-6789

医療費の窓口負担について、医療費助成制度を利用し減免の認定を受けているか。(※該当者のみ記入)	
制度名一	(費用徴収の 有 ・ 無)
発病又は負傷の理由	第三者行為 第三者行為以外の一般疾病

※上記について、原子爆弾被害者に対する公費負担医療制度および無料低額診療制度などを利用されている方は、必ず記入してください。

振込先	広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	茨城				本店 支店 出張所	預金種別 普通 当座 ()
			口座番号等 左詰記載して下さい					
口座名義人 (カタカナ)	イハ、ラキ ハナコ							

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15文字以内で記入してください。

被保険者本人以外の口座の場合は、委任欄の記入が必要です。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
なお、再審査や過誤等により支給額が変動した場合に、次回以降に発生する高額療養費の負担に留意します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 茨城町〇〇123-1
氏名 茨城 太郎

委任欄

私は、 茨城 花子 を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費に係る申請 受領 に関する一切の権限を委任いたします。

委任者 住所 茨城町〇〇123-1 氏名 茨城 太郎 茨城 印