

〒
住所

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						電話番号							

他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けておられますか

受けている (制度名 ー) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けていない

発病又は負傷の理由 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。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行	本店・支店 ()						預金種別	普通当座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合 ()								
口座番号等 左詰記載して下さい									
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。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 (被保険者又は相続人代表)

郵便番号 _____ 住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住所 _____
	(申請者) 氏名 _____

(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)