

〒 \_\_\_\_\_  
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額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 \_\_\_\_\_ ) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けていない

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 ( )						預 金 種 別	普 通 座 ( )
口座番号等 左請記載して下さい									
口座名義人 (カタカナ)									
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載は不要です。								

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)