後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号　　**※ 太枠の中は必ずご記入ください。**

被保険者番号									個人番号 (マイナンバー)	
氏　　名										
生 年 月 日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和								電話番号	

※ 日中、連絡のつく電話番号をご記入ください。

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

受けられる　　（制度名 ー　　）　　（費用徴収の　　有 ・ 無）
受けられない

（委任状）

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　　月　　日　申請した高額療養費の受領に関すること。

申請者の住所、氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人の住所、氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※ 本人名義以外の口座に振り込む場合、必ず署名押印をしてください。

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 当座 (　　)						
口座番号 (7桁)																								
口座名義人 (力タカナ)																								

※ 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。

※ 口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

山口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

申請者（被保険者または相続人）　住　所

氏　名

※ 申請場所はお住まいの市役所（町役場）です。