

後 期 高 齢 者 医 療

(新規 ・ 変更)

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

保 険 者 番 号	3	9	0	3						被 保 険 者 番 号									
被 保 険 者 氏 名										個 人 番 号									
生 年 月 日	明	・	大	・	昭	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られるか否か	
1 受けられる (制度名—)	
2 受けられない	
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ときは () 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 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 協 ()	支 店 支 所 出 張 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座
	口 座 番 号			
	カ タ カ ナ			
	口 座 名 義 人			

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、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。

平成 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 ー

申請者 (被保険者) 住所 _____

氏名 _____

該当する数字に○をつけてください。

委 任 状

1 私は、下記の者を代理人として定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

2 私は、申請した高額療養費のうち医療費助成制度から支給された高額療養費の受領に関する権限については、市町村長 に委任します。

平成 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 氏名 _____

代理人 (口座名義人) 住所 _____

申請者との続柄 _____

※2のみに○をつけたときは、代理人欄の記入は不要です。 氏名 _____