

保 険 者	

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		氏 名			
生年月日	年 月 日	性 別		電話番号	

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 信用組合 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()			預 金 種 別	普 通 当 座						
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
口座番号等 左づめ記載して下さい					市町担当者 通帳確認印							
口座名義人 (カタカナ)												

捨印
印

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。

1 被保険者（本人）以外の口座へ振込を希望される場合、下記の委任欄に記入してください。

私は下記の申請者または口座名義人を代理人と定めます。

被保険者 氏 名 _____ 印

2 支給を受けた高額療養費の支給額に調整すべき差額が生じた場合、以降に支給される高額療養費の支給額と調整することを申し出し、上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様 _____ 印

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

広域連合受付印	市町受付印

被保険者との続柄 _____

電 話 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。