

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		個人番号	
氏 名			
生年月日	年 月 日	性 別	電話番号
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 信用金庫 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()		預金 種別	普通 当座
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 (被保険者以外の口座へ振り込む場合、署名・押印してください。)

私は上記の口座への振込みを承諾します。

被保険者 氏 名 _____ 印

2 (被保険者以外の方が申請手続きをする場合、署名・押印してください。)

私は下記の者に高額療養費の支給申請手続きを委任します。

被保険者 氏 名 _____ 印

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、本件申請により支給を受けた高額療養費に、後日、調整すべき差額が生じた場合、その場合以降に支給される高額療養費と調整されることに同意します。

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 _____

広域連合受付印	市町受付印

氏 名 _____ 印

被保険者との続柄 _____

連 絡 先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。