

市町名	
市町管理番号	
被保険者番号	

年 月 日

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

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-) (費用徴収の 有・無)

受けられない

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	1.普通 2.当座 ()
口座番号等 (右詰に記載)				
フリガナ				
氏名				

(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。なお、この申請書を以後発生する高額療養費の支給申請の際の申請書とみなすこと及び再審査等による点数の変動により高額療養費の差額調整が生じたときは、以後発生する高額療養費から当該差額の調整を行うことに異議を申しません。

年 月 日

〒

申請者 住所

氏名 印

委任状

私は、 を代理人と定め、この後期高齢者医療高額療養費支給申請により受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 氏名 印

市町確認欄					広域連合確認欄	
受付者	申請者(本人・代理人)	備考	保険料 充当	入力日確認	確認	入力・修正
	各種免許証() 住基カード・保険証 その他() 未		有 無	/		

