

## 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						
個人番号								
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄 ( )
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

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。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

委任状	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。			
	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。			
	年 月 日			
	申請者 (被保険者)	住所	_____	
	氏名	_____ 印 _____		
代理人	住所	_____		
	氏名	_____ 印 _____		