

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

受付日 年 月 日

被保険者番号		氏名	
個人番号 (マイナンバー)			
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	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。

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 ()
	金融機関コード		支店コード	
口座番号 <small>左語記載して下さい</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。

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名(3桁の数字)・預金種別・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

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 _____

※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

委任状	<p>※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	
	申請者 (被保険者)	住所 _____
		氏名 _____ 印
	代理人	住所 _____
	氏名 _____ 印	