

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号 (8ケタ)	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号 (12ケタ)	記入不要		
氏名	大津 太郎											
生年月日	昭和 3 年 3 月 3 日											
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)											

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同			本店 支店 ()			市町担当課等に通帳を持 参し、担当者署名・確認印 を受けてください。通帳の 写しの添付、金融機関の 確認印でも可。	通帳 確認 印
	金融機関コード			記入不要				
口座番号等 左詰記載して下さい				普通・当座・()				
口座名義人 (カタカナ)								

- 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、()の中は記載不要です。
- 口座名義人はカタカナで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。
- この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けて、や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認でき送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融機関の口座でもらってください)でも可とします。
なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。

福祉医療の助成対象者については、健康保険の一部負担金部分を福祉医療が助成しますので、高額療養費については本人には支給せず、福祉医療へ返還されることとなります。

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
なお、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。
高額療養費のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、大津市長に委任します。

令和3 年 1 月 1 日

〒 520-0037
申請者 住所 大津市御陵町3番1号

氏名 大津 太郎

電話番号 077-528-2653

委任状

上記請求に基づく高額療養費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日

委任者 大津 花子

氏名

記入不要

代書対応する場合に記入してください。

届出者名	大津 花子	本人との続柄	妻
届出者住所	大津市御陵町3番1号	届出者電話番号	077(528)2653