

(表)

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被 保 険 者 (本人)	保険者番号	3	9	4	1							
	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ									性別	男・女	
	氏名											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	住所	〒 - (電話 - -)										
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(右詰)					
	銀行	本店			1 普通							
	金庫	支店			2 当座							
	信用組合	支所			4 貯蓄							
	農協・漁協	出張所			9 その他							
	金融機関コード				店舗コード							
	フリガナ											
口座名義人												

(注) 被保険者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐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。また、過誤調整等により支給済の高額療養費に返納が生じた場合は、次回以降の高額療養費で支給調整することに同意します。

平成 年 月 日

(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)									
	氏名	(印) 被保険者との関係 ()									

[市町記入欄]

市町(支所)名 []		受付日 [H . .]		受付者名 []・郵送	
申請者確認方法 (右記__番で確認)		①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()			
番号確認方法 (右記__番で確認)		①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認			
				入力日	H . .

[広域連合処理欄]

受付日	業務課長	副課長	給付係長	係員	担当	入力日	H . .
H . .						処理	月診療分受付

(裏)

< 委 任 状 >

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

被 保 険 者 (本人)	住 所	氏 名

代 理 人 (口座名義人)	住 所	氏 名