

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	

他の制度による医療費助成を受けているか否か、該当するものに○をしてください。

1 特別医療	2 自立支援医療(更正医療・精神通院)
3 特定疾患(難病)	4 その他(制度名 )
5 他の制度による医療費助成を受けていない	

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)
----------------	-----------------

該当するものに○を付けてください。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 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座番号等 右詰記載してください	店番	口座番号		
郵便局(ゆうちょ銀行)をご指定の場合 (右詰めで記載してください)	記号	番号		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、姓と名の間は1字あけてください。

鳥取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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申請者  
(被保険者)  
氏名 \_\_\_\_\_

被保険者以外の口座に振り込む場合にご記入ください。

高額療養費の受領に 係る委任証書	委任する事項	上記被保険者の高額療養費の受領に関する一切の権限
	委任者 (被保険者)	住所 氏名 (印)
委任年月日	受任者 (口座名義人)	住所 氏名 (印)
		年 月 日