

年 月 日

受付印

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		
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か			
受けられる(制度名一) (費用徴収の有・無) 受けられない			
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)		

振 込 先	銀行 信用金庫 農協 ()	本店	普通 当座 その他 ()	口座番号	
		支店		口座名義人(カタカナ)	
		出張所 支所			
	()	※金融機関コード			

※欄は記入しないで下さい。

愛媛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

申請者 〒 -

住所 _____

氏名 _____

連絡先(電話) () _____

受付
入力
確認

委任状

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合より支払いを受ける、表記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名	氏名

念書

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名
	続柄

年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の表記申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。