

(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									
	氏名									
	生年月日	明・大・昭			年			月 日		
	住所	〒 - (電話 - -)								
	疾病又は負傷の理由	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 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。

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

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	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申請勧奨通知・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	

〔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	
						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
		被保険者との関係 ()