

市町村受付印

# 後 期 高 齢 者 医 療 申 請 書

## 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

※太枠の中を記入してください。

被保険者番号		氏名						
個人番号								
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	電話番号	

・該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は( )内に記載して下さい。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 支所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号を右詰で 記載して下さい		ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、こちらに記号・番号をお書きください。		
		記号	番号	
口座名義人	カタカナで記入してください。			

熊本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、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整されることを了承します。

平成 年 月 日

申請者

住所

氏名

印

委 任 欄	<p>※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>私に支払われます高額療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者)</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>印 (続柄: )</p>
-------------	--

### 【注 意】

※ 高額療養費の請求権の時効は、診療月の翌月から2年です。

※ 申請した口座を変更解約等する場合は、必ず市町村後期高齢者医療担当窓口で口座の届出をして下さい。