

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	

他の制度により自己負担額相当分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 受けられない	(制度名ー) (費用徴収の 有 ・ 無)
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 信用組合 協同組合				本 店 支 店・支 所				預金種別	普通 当座 その他
	金融機関コード				店舗コード					
口座番号										※右詰めで記入
口座名義人カナ (カタカナで記載願います)										

☐ 公金受取口座を利用します。
 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、
 「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記載してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

秋田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

委任欄	本請求に基づく高額療養費の受領を代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申請者 (委任者)	住所 氏名_____
	代理人 (受任者)	住所 氏名_____