年　 　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　様 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保 険 者 |  |
|  |

 |

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 | (制度名－　　　　　　　　　　　　) | (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） |

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行信用金庫信用組合協同組合（　　　　） |  | 本店・支店 | 預金種別 | 普通当座 |
| （　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  | (　) |
| 口座番号等左詰記載して下さい |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 　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。なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾します。年月日申請者　　住　所　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受領代理人の欄 | 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　　　　　　年　　月　　日　申請者　　　　　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 代理人の氏　　名 | （フリガナ） |  |
| 　  |
| 代理人の住　　所 | 郵便番号 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |