

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏 名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別		電話番号	

他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けておられますか

受けている (制 度 名 一) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けていない

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 座)
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。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。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

委任状欄	年 月 日
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任 します。
	委任者 住所 _____
	氏名 _____ ⑩