様式第27号(規則第22条関係)

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		電話番号	

他の制度により自己負担額相当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

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は(　)内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

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					
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詰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。

□　公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)

※ 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(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

〒　　－

申請者　住所

氏名　　連絡先

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代理人　(住所)　　(氏名)

(連絡先)　　(被保険者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にレ点を付けてください。)

□　この申請書における高額療養費の申請に関すること。　□　この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者　(住所)　　(氏名)

市区町村確認欄

受付		入力		確認	

広域連合確認欄

確認		訂正	

後期高齢者医療 高額療養費支給にかかる同意書

私は、後期高齢者医療にかかる高額療養費について、診療報酬明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

年　　月　　日

(申請者)住　所

氏　名

代理人、相続人による申請の場合は、被保険者との続柄の記入をお願いします。

被保険者氏名　　（　　）

被保険者との続柄　（　　）

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様