

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	
個人番号 (マイナンバー)		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 出張所 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄 ()
	金融機関コード		支店コード			
	口座番号 (右づめ)					
	口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)					

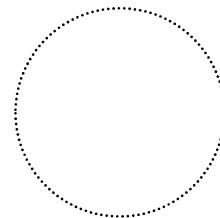
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（数字7桁）」（通帳見開き下部）を記入してください。
 ※ 口座名義人は、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様	年 月 日
申請者 (被保険者)	住所
	氏名
	電話番号

⑩ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受 領 委 任 状	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記受領代理者に委任します。	
	年 月 日	
	委任者 (申請者)	氏名
	受領 代理者	住所
氏名		



市町村受付日
年 月 日