

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼受領委任同意書(重度該当者用)

※太枠内を記入して下さい。

届出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人( )	住所			

被保険者番号		個人番号					
氏名							
生年月日	年	月	日	男・女	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られるか否か	
受けられる	(制度名—相馬市重度心身障がい者医療費) (費用徴収 有・無)
(重度心身障がい者該当年月日 年 月 日)	

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

振込先	東邦銀行						相馬支店	預金種別	普通
							0 1 2 6 5 0 2		
口座番号	0	0	0	0	2	4	4	※口座番号は7桁記入願います。 (例 1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4 )	
(カタカナ)	ソウマシカイケイカンリシヤ								
口座名義人	相馬市会計管理者								

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。支給後に過誤調整等が生じた場合、後日支給の高額療養費と清算することができるときは、清算することに同意し、清算ができないときは、返納することを約束いたします。

なお、支払いは(口座名義人)の上記振込先金融機関へ口座振替をしてください。口座名義人が被保険者と異なる場合は口座名義人を代理人と定め、今後の高額療養費を受領することを委任します。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他( )
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )