様式第38号(第25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 (8ケタ)		個人番号 (12ケタ)	
氏　名			
生年月日	年　　月　　日	性　別	男　・　女
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）		

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　　)	本　店 支　店 (　　)	市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。	通帳確認印
	金融機関コード	支店コード		
口座番号等 左詰記載して下さい		預金種別	普通　・　当座　・　(　　)	
口座名義人 (カタカナ)				

1. 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。
2. 口座名義人はカタカナで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。
3. この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の署名・確認印を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認印(金融機関の口座開設支店で通帳確認印欄に押印してもらってください)でも可とします。
   なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。

滋賀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、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。
高額療養費のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、　　に委任します。

年　　月　　日

〒

申請者　住　所

氏　名　　㊞

電話番号

委任状

上記請求に基づく高額療養費の申請を上記の者に委任します。

年　　月　　日

〒

委任者　住所

氏名　　㊞

届出者名		本人との続柄	
届出者住所		届出者電話番号	