様式第２４号（第２２条関係）

後　期　高　齢　者　医　療
高　額　療　養　費　支　給　申　請　書

受　付　時　使　用　欄			
受付日	年　月　日		
決定日	年　月　日		
システム入力者		システム確認者	

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名		生年月日	年　月　日

※該当する項目に☑を入れてください。

① 発病又は負傷の理由

☐ 第三者行為（交通事故等）　☐ その他（自損事故・疾病等）

② 特定給付対象療養（原爆手帳や毒ガス障害者支援公費など）による支給を受けていますか。

☐ 受けている。（制度名　　）　☐ 受けていない。

③ ②で「受けている」の場合、医療費を病院等の窓口で支払いましたか。

☐ 支払った。　☐ 支払っていない。

振込先	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 （　）	預金種別	普通 当座 （　）
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	金融機関コード　　支店コード		
口座番号（右詰）		記号・番号	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。	
口座名義人（カタカナ）	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は１字とし、姓と名の間は１マスあけてください。			

申請者の住所・氏名等

上記のとおり、 高額療養費の支給を申請します。

また、高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更となった場合には、その後の高額療養費の支給額で調整されることを承諾します。県または市町村による福祉医療費助成制度の利用に伴い、高額療養費が発生した場合には、助成額分による高額療養費の全部または一部を県または市町村が受領することに同意します。

年　月　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

（〒　　－　　）

住所

氏名　　被保険者との関係

電話番号（　　）　　－

委　任　状

※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☑を入れて記入してください。

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費（高齢者の医療の確保に関する法律第８４条）に関する次の行為について一切の権限を委任します。

委任者（被保険者）の住所

氏名

☐ 申請に関すること。

代理人（受任者）の住所　　氏名

☐ 受領に関すること。

代理人（受任者）の住所　　氏名