

後期高齢者医療 療養費(負担割合差額)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

保険者番号	3	9	3	4	2	0	4	3	受療 け養 たを	被保険者氏名	
被保険者番号										生年月日	M・T・S 年 月 日
公費負担者番号											
公費受給者番号											

種類	負担割合差額				診療年月	年	月
変更事由	基準収入額判定・世帯異動による判定 定期判定・その他 ()				第三者の行為によるも のですか	はい・いいえ・不明	
負担区分	変更前	割	(年 月 日から	年 月 日まで		
	変更後	割	(年 月 日から	日交付)		

医療機関等での医療費合計額								円 (A)
負担区分変更による差額								円 (A)×0.2= (B)
支給済(高額療養費)額								円 (C)
支給額(還付額)								円 (B) - (C)

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店 支 ()				預 金 種 別	普 通 座 ()									
			金融機関コード		支店コード												
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。			※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。														
口座番号(右詰)								記号・番号									
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。																

上記のとおり療養費(負担割合差額)の支給を申請します。

令和 年 月 日
広島県後期高齢者医療広域連合長 様
申請者(委任されている場合は代理人)の住所・氏名等
住所 (〒 -)

氏名 _____ 被保険者との関係 _____
電話番号 _____

印

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・押印してください。

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療給付費(高齢者の医療の確保に関する法律第56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 _____ 印

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 _____