

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										
生年月日		電話番号	— —									
個人番号												
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 労働金庫				本 店 支 店 出張所 ()				預 金 種 別	普 通 当 座 貯 蓄
口 座 番 号										
口座名義人	フリガナ									
	氏 名									

(あて先) 新潟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。	
年 月 日	
申請者 住 所	
氏 名	印
(自署の場合は押印不要)	

委任状については、被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入下さい。

【委任状】 支給される高額療養費の受領を下記の者に委任します。	
年 月 日	
委任する人	氏 名 印
(自署の場合は押印不要)	
委任を受ける人	郵便番号 —
	住 所
	氏 名
	委任する人との関係 _____
	電話番号 — —