

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
決定日	年	月
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	5	0	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 日回収)	年	月 日まで
	変更後	割	(年 月 日から 年 月 日交付)		

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

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店		預 金 種 別	普 通 当 座 ()	確認 済・無
			支 ()	店			
			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。							
口座番号(右詰)							
※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。							
記号・番号							
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。							
口座名義人 (カタカナ)							

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（〒 - ）
尾道市
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 _____			
<input type="checkbox"/> 申請に関すること。			
代理人（受任者）の住所 _____		氏名 _____	
<input type="checkbox"/> 受領に関すること。			
代理人（受任者）の住所 _____		氏名 _____	