

様式第 3 4 号(第 1 9 条関係)									
(新規 ・ 変更)									
後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書									
提 出 者 等	☐ 本人			氏 名				電話番号	
	☐ 代理人 (続柄 :)			住所					
被保険者番号					個人番号				
氏 名									
生年月日		年 月 日			電話番号		() -		
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けているか									
受けている (制度名 -) (費用徴収の 有 ・ 無)									
受けていない									
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。									
☐ 下記口座への振込を希望します。 ※下記口座情報記載必要									
☐ 給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。 ※下記口座情報記載不要 (マイナポータル等による事前登録が必要です。)									
振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				本店 支店 出張所			預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号					※口座番号は7桁記入願います。 (例 1 2 3 4 → 0 0 0 1 2 3 4)				
(カタカナ)									
口座名義人									
福島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。支給後に過誤調整等が生じた場合、後日支給の高額療養費と精算することができるときは、精算することに同意し、精算ができないときは、返納することを約束します。									
年 月 日									
申請者 住 所 _____									
氏 名 _____									
電話番号 () - _____									
受 領 委 任 欄	年 月 日 委任者 住 所 _____								
	(自署) 氏 名 _____								
	私 (申請者) は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。								
	受任者 住 所 _____								
(自署) 氏 名 _____									