様式第３１号（第２４条関係）

年　　月　　日

# 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か | |
| 受けられる　（制度名－　　）（費用徴収の　　有・無）<br>受けられない | |
| 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） |

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。網掛けの中は記載不要です。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（　　） | 本店・支店<br>（　　） | 預金種別 | 普 通<br>当 座<br>（　　） |
| 口座番号等<br>左詰記載してください | | | | |
| 口座名義人<br>（カタカナ） | | | | |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

（宛先）石川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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※市町確認欄

| 代理権の確認 | 身元確認（本人又は代理人） | | 番号確認 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| □ 本人の被保険者証等<br>□ 委任状<br>□ 登記事項証明書<br>□ システム(同一世帯確認)<br>□ その他（　　） | 1点 | □ 個人番号カード　□ 運転免許証<br>□ 障害者手帳　□プレ印字書類<br>□ その他（　　） | □ 個人番号カード<br>□ 通知カード<br>□ システム<br>□ その他<br>（　　） | |
| | 2点 | □ 健康保険証　□ 年金手帳<br>□ その他（　　） | | |