保険者	

後期高齢者医療 高額療養費 支給申請書

私は、下記のとおり高額療養費を申請します。
また、この申請に関して、北海道後期高齢者医療広域連合が必要に応じ、医療機関等に対して照会すること、高額療養費支給後に相殺すべき事由が生じた場合は今後支給される高額療養費と相殺すること及び重度心身障がい者等医療助成の対象となる場合の高額療養費については助成を実施した市町村が受領することに同意します。

① 被保険者番号					
② 申請者氏名					
③ 生年月日		（大正・昭和）　年　月　日			
④ 申請者住所		（〒　－　）			
⑤ 申請日（記入した日）		（令和）　年　月　日			
⑥ 電話番号		―　―			
		※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。			
⑦ 口座情報	⑦－１ 口座名義人（カタカナ）	A B C D E F G H I J K L M N O P Q			
	⑦－２ 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金	⑦－３ 店舗名	本店 支店 （　）	
	⑦－４ 口座種別	普通　・　（　）	⑦－５ 口座番号	A B C D E F G ※「0」を省略せず、左詰めで記入	

市区町村使用欄	※該当ある場合は✓すること。	（備考）	市町村受付印
	□ 委任状有 □ 登記事項証明書確認済 □ 代理受領委任のため再提出 □ 口座変更		