

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 日
決定日	年	月 日
システム入力者		システム確認者

保 険 者 番 号	3	9	3	4					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 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 日まで 日回収)							
	変更後	割	(年 月 日から 年 月 日まで 日交付)							

医療機関等での医療費合計額										円 (A)
負担区分変更による差額										円 (A) × 0.2 = (B)
支給済 (高額療養費) 額										円 (C)
支給額 (還付額)										円 (B) - (C)

振 込 先	銀 金 組 農 行 庫 合 協	本 店 支 店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 ()
		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)					
記号・番号					
※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。					
口座名義人 (カタカナ)	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。				

上記のとおり療養費 (負担割合差額) の支給を申請します。

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 (〒 -)

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	
☐ 申請に関すること。	
代理人 (受任者) の住所	氏名
☐ 受領に関すること。	
代理人 (受任者) の住所	氏名