様式第２８号（第２１条関係）

□新規
□変更

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（マイナンバー）	
（フリガナ） 氏　　名			
生 年 月 日	年　　月　　日	電話番号	

他の制度により資格をお持ちの方は該当する項目にチェックを付けてください。

□ 重度心身障害　　□ 特定疾患

□ その他の制度（　　）

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	※ ゆうちょ銀行の場合は漢数字	本店 支店 （　　）	預金種別	普通 当座
口座番号 左詰記載して下さい		金融機関コード・支店コード			
口座名義人 （カタカナ）					

金融機関で該当するものに〇をつけてください。該当するものがない場合は、( )内に記載してください。網掛の中は記載不要です

口座名義人はカタカナで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）山梨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。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

住　所

申　請　者

（フリガナ）

氏　名

※下記については、**申請者の口座以外**を指定する場合にご記入ください。（委任者氏名は必ず**本人が自筆**で書いてください）

委任欄

代 理 人 （口座名義人）	氏　名		申請者（委任者）との関係	
	住　所		電話番号	

私は、上記の者を代理人と定め、申請した高額療養費の受領を委任します。

委　任　者　氏　名 （上記の申請者）	㊞