

後期高齢者医療特定疾病に係る高額療養費支給申請書

被保険者番号	0									氏名	
保険者番号	3	9	3	6							
個人番号											
生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日	電話番号	— —			

特定疾病の治療を受けた医療機関と院外処方となった調剤薬局等

No.	受診年月	特定疾病の治療を受けた医療機関の名称	院外処方となった調剤薬局等の名称
1	年 月		
		窓口支払額	窓口支払額
2	年 月		
		窓口支払額	窓口支払額
3	年 月		
		窓口支払額	窓口支払額
4	年 月		
		窓口支払額	窓口支払額
5	年 月		
		窓口支払額	窓口支払額

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、領収書を添えて特定疾病に係る高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 干 —
住所

氏名

届出人(記入者)

氏名

電話番号

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にする)こと。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 資格確認書	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	