

受付日 令和 年 月 日

保険者番号	39232111	個人番号	XXXXXXXXXXXX
被保険者番号	01234567(8桁)	被保険者氏名	☑申請者と同じ

この欄は記入不要です。

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 信用金庫 農業協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別 普通 当座				
口座番号 <small>右詰で記入ください</small>	2	3	4	5	6	7	8	●被保険者本人名義の口座をお願いします。 ●被保険者本人名義の口座でない場合は、委任欄に記入してください。
口座名義人 (カタカナ)	ト	ヨ	タ		イ	チ	ロ	ウ

口座名義人はカタカナで左詰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。

上記のとおりに関係書類を添えて申請します。

令和 ●●年 ●●月 ●●日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 471 - 8501

申請者 住所 豊田市 西町3-60

氏名 豊田 花子 連絡先 (0565) 34 - 6959

振込口座が申請者(被保険者)以外の口座名義人の場合は、委任欄に記入・押印をお願いします。

代理人 (住所) 豊田市 西町3-60

(氏名) 豊田 一郎

(連絡先) (0565) 34 - 6959 (被保険者との関係) 子

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。  
この申請に基づく食事負担額差額の受領に関すること。

被保険者(氏名) 豊田 花子

※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄

広域連合確認欄

受		入		確	
付		力		認	

確		訂	
認		正	

添付書類 医療費の領収書  
確認書類 減額認定証

※領収書は「療養費申請済」押印後、コピーを添付