

## 後期高齢者医療 高額療養費支給にかかる同意書

私は、後期高齢者医療にかかる高額療養費について、診療報酬明細書の再審査等により減額された場合、以後に発生する支給額から減額分を差し引いて支給されることに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

代理人、相続人による申請の場合は、被保険者との続柄の記入をお願いします。

被保険者氏名 ( )

被保険者との続柄 ( )

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様