

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	
氏 名			
生年月日	明 大 昭	年 月 日	電話番号

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名 -) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)

振 込 先		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号(7桁)	※右詰でご記入ください。				
	口座名義人	(カナ) ----- (漢字)				※姓と名の間は1字 あけてください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
年 月 日	郵便番号 〒 _____
	住 所 _____
	氏 名 _____
	電話番号 _____

記入例

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	00654321	個人番号	123456789012
氏名	給付 ウメ子		
生年月日	明 大昭 10年 7月 4日	電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名 -) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	※この欄は記入不要です
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)

振込先	給付	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	鴨池	本店支店 出張所 ()	預金種別	① 普通 2 当座 4 貯蓄
口座番号 (7桁)	0002345	※右詰でご記入ください。				
口座名義人	(カナ) キュウフ ウメコ (漢字) 給付 ウメ子					※姓と名の間は1字あけてください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

令和元年5月15日

郵便番号 〒 890 - 0046

住所 鹿児島市鴨池新町〇番〇号

氏名 給付 ウメ子

電話番号 099-206-1398

申請者と口座名義人が違う場合は委任状が必要

申請者は被保険者