

年 月 日

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													性別							

他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名ー ) (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)
-----------	--------------------------------------

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 本所 支店 ( )	預金種別	普通 当座 ( )
-----	-----------------------------------	-----------------------	------	-----------------

口座番号 左詰めで記入	
----------------	--

口座名義人 (カタカナ)	
-----------------	--

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。  
口座名義人はカタカナで上段より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字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛	
上記のとおり高額療養費の支給を申請します。	
年	月 日
申請者	住所 (〒 - )
_____	
氏名	印
_____	
電話番号	_____