

年 月 日

受付印

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 | 年 月 日 | | |
| 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—) (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 | 本店 | 普通 | 口座番号 | |
| | 信用金庫 | 支店 | | 口座名義人 (カタカナ) | |
| | 農協 | 出張所 | 当座 | | |
| () | 支所 | その他 | | | |
| | ※金融機関コード | () | | | |
| | | | | | |

※欄は記入しないでください。

愛媛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

申請者 〒 □ □ □ — □ □ □ □

住所 _____

氏名 _____

連絡先 (電話) () _____

| |
|----|
| 受付 |
| |
| 入力 |
| |
| 確認 |
| |