

平成 年 月 日

保 険 者	

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	01234567	個人番号	1234 5678 9012		
氏 名	後 期 太 郎				
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	性別	男	電話番号	028-627-6805

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

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	広 域	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 ()	本 町	本店・支店 出張所・支所	預 金 種 別	普通 当座 貯蓄										
口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7									
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ		タ	ロ	ウ									

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は 字として、姓と名の間は 字あけてください。

栃木県 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。
また、支給を受けた高額療養費の支給額に、調整すべき差額が生じた場合、以後の支給額と調整処理を行うことに同意します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 住 所 栃木県宇都宮市本町3-9

氏 名 後 期 太 郎

後
期