

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		個人番号	
氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	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

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	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 ()	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							
口座名義人 (カタカナ)							

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 年 月 日
申請者 住 所
氏 名
印