

市町村受付印

後 期 高 齢 者 医 療 支 給 申 請 書

高 額 療 養 費

※太枠の中を記入してください。

被保険者番号		氏名						
個人番号								
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	電話番号	

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・傷病等)
-----------	-------------------	--------------------

・該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 支所 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号を右詰で記載して下さい				
口座名義人	カタカナで記入してください。			

熊本県後期高齢者医療広域連合様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整されることを了承します。

令和 年 月 日

申請者

〒

住所

氏名

【注 意】

※ 高額療養費の請求権の時効は、診療月の翌月から2年です。

※ 申請した口座を変更解約等する場合は、必ず市町村後期高齢者医療担当窓口で口座の届出をして下さい。