

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<br>大正<br>昭和 | 年  | 月    |
|        |                | 日  | 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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>支所<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>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。