

年 月 日

|     |      |
|-----|------|
| 保険者 | 3901 |
|     |      |

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

|        |  |     |  |
|--------|--|-----|--|
| 被保険者番号 |  | 氏 名 |  |
| 生年月日   |  | 性別  |  |

|                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| 他の制度により自己負担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                            | (制度名ー ) (費用徴収の 有・無 ) |
| 受けられない                           |                      |

該当するものに○を付けてください。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<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( )     | 本店<br>本所<br>支店<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                                       |                       |      |                 |
| 口座番号等<br>左詰めで記載 | 金融機関 ( ゆうちよ銀行以外 )                     |                       |      |                 |
|                 | ゆうちょ銀行<br>※ 振込用の店番(3桁)・口座番号(7桁)が必要です。 | 店番                    | 口座番号 |                 |

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

北海道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。

平成 年 月 日

申請者 住 所 (〒 - )

---

氏 名 印

---

電話番号

---