

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 | 明 大昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 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 | |

| | | | | | | |
|-------------|----------|---|--|----------------------------|------------------|-------------------------|
| 振 込 先 | | 銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 () | | 本 店 支 店 出 張 所 () | 預 金 種 別 | 1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄 |
| | 口座番号(7桁) | ※右詰でご記入ください。 | | | | |
| | 口座名義人 | (カナ) ----- (漢字) | | | | ※姓と名の間は1字あけてください。 |

| | |
|------------------------|--------------|
| 鹿児島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。 | |
| 平成 年 月 日 | 郵便番号 〒 _____ |
| | 住 所 _____ |
| | 氏 名 _____ 印 |
| | 電話番号 _____ |