

後 期 高 齢 者 医 療 養 費 支 給 申 請 書

※太枠の中を記入してください。

被保険者番号	0	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		ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、こちらに記号・番号をお書きください。		
		記号	番号	
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長様

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 熊本県葦北郡芦北町大字

氏名

印

委任欄	<p>※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>私に支払われます高額療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者)</p> <p>住所</p> <hr/> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印(続柄:)</p>
-----	--

【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。

《記入例》

市町村受付印

後 期 高 齢 者 医 療 書
高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

※太枠の中を記入してください。

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	氏名	芦北 太郎		
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 (0966) ○○-△△△△

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 本所 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	× × × × × × × ×	記号	番号	
口座名義人	カタカナで記入してください。 アシキタ タロウ			

熊本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。

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 熊本県葦北郡芦北町大字 ○○ △△△番地

氏名 芦北 太郎

委任欄	※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。
	令和 年 月 日
	私に支払われます高額療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者)
	住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄: _____)

【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。