

保険者	
-----	--

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	年 月 日	性別		電話番号	

他の制度により自己負担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 (制度名一) (費用徴収の有・無)

受けられない

該当するものに○をつけてください。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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()				預金種別	普通当座 ()
口座番号等 左詰記載してください							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、性と名の間は1字あけてください。

栃木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

申請者 住所

氏名 印