

保険者	39092010
-----	----------

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	01234567	氏名	宇都宮 太郎		
生年月日	昭和3年 4月 1日	性別	男	電話番号	028-632-2307

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 (制度名ー) (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	宇都宮	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	後期	本店	・	支店	預金種別	普通	当座 ()
				()					
口座番号等	1	2	3	4	5	6			
口座名義人 (カタカナ)	ウ	ツ	ノ	ミ	ヤ	タ	ロ	ウ	

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

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 20年 10月 1日

申請者 住所 宇都宮市旭1丁目1番5号

氏名 宇都宮 太郎

宇都宮 印

- ・ 申請者＝被保険者となります。
- ・ 被保険者本人と振込先口座名義人が異なる場合、委任状を添付して下さい。