

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	01234567	個人番号	123456789012		
氏名	宇都宮 太郎				
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ( )	〇〇	本店 出張所・支所	預金種別	普通 当座 貯蓄						
口座番号等 左詰記載してください	0	1	2	3	4	5	6					
口座名義 (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。	
〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇	
申請者	住所 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
	フリガナ ウツミヤ タロウ
	氏名 宇都宮 太郎