

入力者	受付者

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日		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

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 協同組合 ()	本店・支店 ()				預金種別	普通 当座 その他
口座番号等 左詰記載して下さい							
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、氏と名の間は1字あけてください。

※被保険者以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

沖縄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。

令和 年 月 日

〒 住所

申請者 (被保険者) _____

氏名 _____ 連絡先 _____

〒 住所

届出人 _____

氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

※被保険者以外が申請を行う場合は、届出人欄に記入してください。