

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号										(フリガナ)	
個人番号										氏名	
生年月日	明治			年			日	性別	男・女	電話番号	
	大正										
	昭和										

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。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	種目	口座番号							
	()	()	1 普通預金								
	金融機関コード	店舗コード	2 ()								
	(フリガナ)										
	口座名義人										

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、再審査等により支給額に調整すべき差額が生じた場合で、以後発生する高額療養費の支給額と差額調整が行える場合は、差額調整を行うことに同意します。

平成 年 月 日

〒 ー

申請者 住所
(被保険者)

氏名

印