

記入例

後期高齢者医療被保険者証に記載の
被保険者番号（8桁）を記入してください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	(フリガナ)	コウイキ レンゴウ
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	氏名	広域 連五郎
生年月日	明治 大正 昭和	12 月 4 日	性別 (男)・女 電話番号 087-811-1866

個人番号（マイナンバー）12桁
を記入してください。

連絡の取れる連絡先
を記入してください。

該当するものに○をつけて

振込先	さめき	銀行 信用金庫 信用組合 農協	さめき	本店 支店	種目	口座番号
	()	()	()	1 普通預金	1 2 3 4 5 6 7	
	金融機関名・支店名を正確に記入し、該当するものに○をつけてください。	金融機関名	支店名	2 ()	コウイキ レンゴウ	
口座名義人	口座種目と口座番号を確認して正確に記入してください。			広域 連五郎	金融機関に届けているフリガナを記入してください。	

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は、別途「委任状」が必要になります。

平成 ●● 年 10 月 10 日

〒 760-0066

申請者 住所 高松市福岡町二丁目3番2号
(被保険者)

被保険者の住所・氏名を記入し、
押印してください。

氏名 広域 連五郎