

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 大正 昭和	年 月 日	電話番号

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 出張所	種目	口座番号
	()	()	1 普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
			3 その他 ()	
	(フリガナ)			
	口座名義人			
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)			

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。

年 月 日

〒

申請者 住所
(被保険者)

氏名