

記入例

様式第...

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。

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 レンゴロウ
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	1 2 3 月 4 日	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

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						
	さめき	さめき	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	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○を付けてください。	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。		コウイキ レンゴロウ 広域 連五郎						
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）									

金融機関名・支店名を正確に記入し、該当するものに○を付けてください。

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。

金融機関に届けているフリガナを記入してください。

高額療養費に該当した診療月について、交通事故やけんか等の「第三者による負傷」（第三者行為）によって治療を受けていた場合は「1」に○を付けてください。
それ以外の疾病やけが、入院によって治療を受けていた場合は、「2」に○を付けてください。

原則、被保険者本人名義の口座を記入してください。
被保険者と名義が異なる場合は、別途「委任状」が必要になります。

●● 年 ●● 月 ●● 日

〒 760-0066

被保険者の住所・氏名を記入してください。

住所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

(被保険者)

氏名 **広域 連五郎**