

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 (日中連絡可能なもの)

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 2 当座預金 3 その他 ()	
	金融機関コード	店舗コード		
	(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。				
令和 年 月 日				
〒 ー				
申請者 住所 (被保険者)				
氏名				

窓口持参者 ※申請者以外の方が、窓口で申請書を持参する場合は記入してください。

氏名： 被保険者との続柄： 連絡先：

市 町 記 入 欄			受付者
申請受給権確認	被保険者本人・登記事項証明書・委任状・その他 ()		
持参者本人確認	【1点】免許・個人・在留・障害・他 ()	備考	
	【2点】保険・診察・キャッシュカード・他 ()		