

後期高齢者資格確認書等に記載の
被保険者番号（8桁）を記入してください。

記入例

香川県後期高齢者医療広域連合 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	12	3	月	4	日	電話番号 (日中連絡可能なもの)	087-811-1866						

個人番号（マイナンバー）12桁
を記入してください。

該当するものに○をつけて

ください。

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 出張所	種目	口座番号
	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。				1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ()	1 2 3 4 5 6 7
	(フリガナ)				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。
				口座名義人	コウイキ レンゴロウ	金融機関に届けているフリガナを記入してください。
				口座名義人	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・

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」が必要です。

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

〒 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
してください。

氏名 広域 連五郎

窓口持参者

※申請者以外の方が、窓口申請書を持参する場合は記入してください。

氏名： 広域 花子

被保険者
との続柄： 長男の妻

連絡先： 090-3333-4444

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】資格・診察・キャッシュカード・他 ()			