

令和 年 月 日

保険者	

後期高齢者医療 高額療養費 支給申請書

被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)																		
氏名																				
生年月日																				

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店舗名	本店 支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
		口座番号				※ゆうちょ銀行の場合、店舗名・口座番号は通帳見開きの銀行使用欄に記載されている口座情報を記入してください。 (店舗名欄には店番(3桁の数字)を記入)
	0を省略せず、左側から詰めて記入してください。					
	口座名義人 (カタカナ)					
	カタカナで上段より左詰めで記入してください。 濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。					

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。

なお、高額療養費支給後に相殺すべき事由が生じた場合は、今後支給される高額療養費と相殺することに同意します。

また、重度心身障がい者等医療助成の対象となる場合の高額療養費については、助成を実施した市町村が受領することに同意します。

令和 年 月 日

(〒 -)

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____