

記入された方 氏名

(続柄

) 連絡先

## 後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

確認

市町村受付印

※太枠の中を記入してください。

被保険者番号		氏名	
個人番号			
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別 男・女 電話番号

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・傷病等)
-----------	------------------	-------------------

・該当するものに○をつけて下さい。該当するものがない場合は( )内に記載して下さい。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 支所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号を右詰で記載して下さい				
口座名義人	カタカナで記入してください。			

熊本県後期高齢者医療広域連合長様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整されることを了承します。

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

委任欄	※被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。 令和 年 月 日 (申請者) 住所
	氏名 印 私に支払われます高額療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者) 住所 氏名 (続柄: )

### 【注意】

※ 高額療養費の請求権の時効は、診療月の翌月から2年です。

※ 申請した口座を変更解約等する場合は、必ず市町村後期高齢者医療担当窓口で口座の届出をして下さい。