

窓口に来られた方 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		ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、こちらに記号・番号をお書きください。		
		記号	番号	
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 印

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
	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 印 (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。