

年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号											受付年月日					
被保険者番号				氏名												
生年月日	年 月 日			電話番号												
他の制度による自己負担相当額またはその一部の支給の有無 支給を受けている (制度名: ) (費用徴収の 有 ・ 無 ) 支給を受けていない																
発病又は負傷の理由	1. 病気    2. 交通事故 (相手あり・相手なし)    3. その他 ( )															
振込先銀行口座	銀行 信用金庫・組合 協同組合 ( )										本店出張所 ( )		預金種別			
	金融機関コード								支店コード				1 普通	2 当座	4 貯蓄	
	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)															
	口座番号 (7桁)															
	ゆうちょ銀行 記号番号 (13桁)															
口座名義人 (か)																
兵庫県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。																
												年 月 日				
申請者	〒 -															
住所 _____																
氏名 _____																
電話 ( ) -												被保険者との続柄				
1: 新規 ・ 2: 変更																