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		
											1 普通		2 当座		4 貯蓄
	金融機関コード					支店コード									
	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。 申請者 〒 - 住所 _____ 氏名 _____ 電話 () - _____															
										被保険者との続柄					