

保険者	39092044
	佐野市

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女	電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名一) (費用徴収の有・無)
受けられない	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店・支店 ()		預金種別	普通 当座 ()
口座番号	左詰記載してください					
口座名義人 (カタカナ)						

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

栃木県後期高齢者医療広域連合長あて	
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
また、支給を受けた高額療養費の支給額に、調整すべき差額が生じた場合、以後の支給額と調整処理を行うことに同意します。	
令和	年 月 日
申請者	住所
	氏名
	印