

## 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		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 (制度名ー ) (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・支所		預金種別	普通 当座 その他
口座番号等 <small>左詰で記載して下さい</small>					
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詰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。

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

高齢者の医療の確保に関する法律第84条第1項の高額療養費の支給を受けたいので、同法施行規則第70条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名

㊟