

保険者	
-----	--

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		個人番号			
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 農協 ()	本店・支店 出張所・支所		預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号等 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。	
年	月
日	
申請者	〒 -
住所	
フリガナ	
氏名	