

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				
個人番号										性別	男 ・ 女		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭			年	月	日	電話番号						

他の制度により医療費の自己負担の軽減を受けられますか。	
受けられる (制度名) (自己負担 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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()									本店支店出張所 ()	預金種別	普通当座貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒											
口座番号												
口座名義人(カタカナ)												

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。	
年	月 日
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長	
〒	
申請者	住所

氏名	⑨

電話番号	
