

入力	受付

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	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 協同組合 ()	本 店 ・ 支 店 ()				預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号等 左詰記載して下さい							
口座名義人 (カタカナ)							
☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します」に チェック (✓) してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。							

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、氏と名の間は1字あけてください。
※被保険者 (又は相続人) 以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様			
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、過誤調整等により支給済の高額療養費に返納が生じた場合は、次回以降の高額療養費で支給調整することに同意します。			
令和	年	月	日
申請者 (被保険者 又は相続人)	住 所	〒	
	氏 名	連絡先	
届出人	住 所	〒	
	氏 名	続 柄	連絡先