

【記入例】

後期高齢者医療資格確認書に記載
されている番号（8ヶタ）をご記入ください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	12345678	個人番号	
氏名	石垣 太郎		
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	電話番号	0980-87-9040

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。該当するものが無い場合は()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	○○○○ (銀行名)	銀行	○○○ 本店 支店 (支店名)()	預金種別	普通 当座 その他
		信用金庫 協同組合			
口座番号等 左詰記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7				
口座名義人 (カタカナ)	イシカキ タロウ				

公金受取口座を利用します。

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
部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

被保険者名義の口座をご記入ください。

(※被保険者以外の口座の場合委任状が必要です。)

※被保険者(又は相続人)がソフト口座に振込ルートを希望する場合は、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	〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里字 672 番地
	氏名	石垣 太郎 連絡先 0980-87-9040
届出人	住所	〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里字 672 番地
	氏名	石垣 花子 統柄 妻 連絡先 0980-87-9040

※被保険者以外の方が届出するときにご記入ください。