

【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ケタ）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○年 ○月 ○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	〇〇〇〇 (銀行名)	銀行 信用金庫 協同組合 ()	〇〇〇 本店 (支店名) ()	支店	預金種別	普通 当座 その他									
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。)

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）以外の口座に振込元を希望する場合は、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 住所 〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里宇 672 番地

(被保険者 氏名 石垣 太郎 連絡先 0980-87-9040
又は相続人)

届出人 住所 〒 907-0002 沖縄県石垣市字真栄里宇 672 番地

氏名 石垣 花子 続柄 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。