

後期高齢者医療高額療養費支給申請書（新規・変更）

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 2 年 2 月 2 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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)	(費用徴収の)	有 ・ 無
<input type="radio"/> 受けられない			
<p style="text-align: center;">重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は、「受けられる」に○を付けてください。</p>			
口座振込先	金融機関名		口座種別
	〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 協同組合・信用組合 ()	柳津支 店 <input checked="" type="radio"/> 普通・当座
	口座番号		フリガナ
	1 2 3 4 5 6 7	コウイキ タロウ	口座名義人
		広域 太郎	
申請者と口座名義人が違う場合 上記名義人の口座への振込みを承諾します。申請者 氏名 印			
岐阜県後期高齢者医療広域連合長			
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、今後私にかかる高額療養費の支給については、この申請をもって支給されることを了承します。 また、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを了承します。</p> <p>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p>			
申請者		住所	岐阜市柳津町〇-〇
氏名		広域 太郎 印	
電話		(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	

申請者は被保険者になります。

【注意】字句の訂正方法について
 ・訂正箇所には二重線を引き、訂正してください。
 ・修正テープや修正液は使用しないでください。

・同じ印鑑を使用してください。
 ・朱肉を使用する印鑑をお願いします。

印
広域

後期高齢者医療高額療養費支給申請書（新規・変更）

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 2 年 2 月 2 日	性別	男 女
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
他の制度により自己負担額が軽減される（制度） 受けられる	<p>重度心身障害者医療費助成制度などを受けている方は、「受けられる」に○を付けてください。</p>		
受けられない	<p>申請者以外の口座へ振込む場合は、申請者名を記入し、押印の上、口座名義人欄に振込先となる口座名義人を記入してください。</p>		
口座振込先	金融機関名		口座種別
	〇〇	銀行 信用金庫 協同組合・信用組合 ()	柳津支 店 普通・当座
	口座番号		フリガナ
	7 6 5 4 3 2 1	コウイキ ハナコ	口座名義人
		広域 花子	
申請者と口座名義人が違う場合 上記名義人の口座への振込みを承諾します。申請者 氏名 広域 太郎			
岐阜県後期高齢者医療広域連合長			
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、今後私にかかる高額療養費の支給については、この申請をもって支給されることを承 知します。 また、再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを承 知します。</p>			
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
<p>申請者 住所 岐阜市柳津町〇-〇</p> <p>氏名 広域 太郎</p> <p>電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p>			

申請者は被保険者になります。

【注意】字句の訂正方法について
 ・訂正箇所には二重線を引いて訂正してください。
 ・修正テープや修正液は使用しないでください。

・同じ印鑑を使用してください。
 ・朱肉を使用する印鑑をお願いします。

印
広域

印
広域

印
広域