

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		個人番号	
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
		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 受けられない			
口座振込先	金融機関名		口座種別
	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 ()		店 普通・当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
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 ㊟			
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 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。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 ㊟ 電 話 () —			

印
○

	受付	入力	確認
市町村			
広 域			

広域連合受付印	市町村受付印