

# 後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

被保険者 番号		氏名	
個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	

他の制度により医療費の自己負担の軽減を受けられますか。

受けられる (制度名 \_\_\_\_\_) (自己負担 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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒			
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_