

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		性別	男 ・ 女
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 _____ (印)

電話番号 _____