

後期高齢者医療 療養費(負担割合差額)支給申請書

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()内に記入してください。

被保険者番号	0						氏名				
個人番号								/			
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日	電話番号		

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。

上記のとおり療養費(負担割合差額)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 _____