

## 後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

|         |       |      |  |
|---------|-------|------|--|
| 被保険者番号  |       | 個人番号 |  |
| 氏 名     |       |      |  |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | 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 - ) (費用徴収の 有 ・ 無)                    |
| 受けられない                             |   |
| 発病又は負傷の理由                          | 1 : 第三者行為 (交通事故等)      2 : その他 (自損事故・疾病等) |

|             |          |   |                   |                            |            |                         |
|-------------|----------|---|-------------------|----------------------------|------------|-------------------------|
| 振<br>込<br>先 |          | 銀 行<br>信 用 金 庫<br>信 用 組 合<br>農 業 協 同 組 合<br>( ) |                   | 本 店<br>支 店<br>出 張 所<br>( ) | 預 金<br>種 別 | 1 普 通<br>2 当 座<br>4 貯 蓄 |
|             | 口座番号(7桁) | ※右詰でご記入ください。                                    |                   |                            |            |                         |
|             | 口座名義人    | (カナ)  | ※姓と名の間は1字あけてください。 |                            |            |                         |
|             |          | (漢字)  |                   |                            |            |                         |

公金受取口座を利用します。  
 ※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。  
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様     |              |
| 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 |              |
| 年 月 日                  |              |
|                        | 郵便番号 〒 _____ |
|                        | 住 所 _____    |
|                        | 氏 名 _____    |
|                        | 電話番号 _____   |

## 後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

|        |                 |      |                         |
|--------|-----------------|------|-------------------------|
| 被保険者番号 | 0 0 6 5 4 3 2 1 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 氏 名    | 給付 ウメ子          |      |                         |
| 生年月日   | 昭和10年 7月 4日     | 電話番号 | 099-206-1398            |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 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)                    |
| 受けられない                             |   |
| 発病又は負傷の理由                          | 1 : 第三者行為 (交通事故等)      2 : その他 (自損事故・疾病等) |

|             |          |                                      |              |                            |         |                         |
|-------------|----------|--------------------------------------|--------------|----------------------------|---------|-------------------------|
| 振<br>込<br>先 | 給 付      | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合<br>( ) | 鴨 池          | 本 店<br>支 店<br>出 張 所<br>( ) | 預 金 種 別 | ① 普 通<br>2 当 座<br>4 貯 蓄 |
|             | 口座番号(7桁) | 0 0 0 2 3 4 5                        | ※右詰でご記入ください。 |                            |         |                         |
|             | 口座名義人    | (カナ) キュウフ ウメコ                        |              |                            |         | ※姓と名の間は1字<br>あけてください。   |
|             |          | (漢字) 給付 ウメ子                          |              |                            |         |                         |

公金受取口座を利用します。  
 ※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「 公金受取口座を利用します」  
 にチェック(✓)してください。  
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記  
 口座への振込を優先します。

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様     |              |
| 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 |              |
| 令和 5 年 5 月 15 日        |              |
| 郵便番号                   | 〒 890 - 0046 |
| 住 所                    | 鹿児島市鴨池新町〇番〇号 |
| 氏 名                    | 給付 ウメ子       |
| 電話番号                   | 099-206-1398 |