

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		性別	電話番号

他の制度により自己負担額相当額又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	

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。

網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行	本店(所)	預金種別	普通座
	信用金庫			
	信用組合	()		()
	協同組合			
	()			
口座番号等	左詰記載して下さい			
口座名義人	(カタカナ)			

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。

濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 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、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額と相殺処理を行うことに同意します。また、障害者医療制度利用に伴い、高額療養費が発生した場合は、その金額の全部又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。
年 月 日
申請者 住所
氏名 印