

記入方法

保険者	39222161
袋井市	

様



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	電話番号 44-0000
他の制度により自己負担額相当 受けられるか否か	
受けられる (制度名ー) (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 信用金庫 信用組合 協同組合
例 遠州中央農業	袋井 本店 (支店) 預金種別 (普通) 当座
口座番号等 左詰記載して下さい	記入は不要です。
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。	
静岡県 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	申請者 住 所
申請者 氏 名	

記入は
不要です。

記入は不要です。

電話番号を必ず
記入してください。

振込先口座は、
被保険者本人
の口座を記入し
てください。
労働金庫への
振込を希望する
場合は、「〇〇
県労働金庫」と
記入して
ください。

口座番号は、
7桁で左から
記入してください。

口座名義人は、上段にカタカナで、
濁点等は1マス、姓と名前の間
は1マス開けてください。

申請者は、被保険者
本人の名前を記入し
てください。

ゆうちょ銀行(郵便局)への振込の場合
は、通帳のコピーが必要です。

被保険者本人以外の口座への振込をご希
望の場合は、別に委任状が必要です。
裏面問い合わせ先までご連絡ください。