

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	記入は不要です。		
氏名				
生年月日	性別	電話番号	44-0000	
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				
(制度名)		(費用徴取の有)		
受けられない				

記入は不要です。

電話番号を必ず記入してください。

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 先	例 遠州中央農業	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	袋井 本店・支店	預金 種別	普通 当座
口座番号等 左記記載して下さい			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つで記入してください。高点・半高点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

振込先口座は、**相続人代表届に記入した口座**を記入してください。

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、濁点は1マス、姓と名前前は1マス開けてください。

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

氏名

申請者は、**相続人代表者本人の名前**を記入し、押印してください。

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。