

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又はその一部の支給を受けられますか。

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 () 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 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

相続

年金医療課処理欄

内容チェック	入力	入力チェック