

年 月 日

保 険 者	

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		マイナンバー (個人番号)	
氏 名		生年月日	
医療機関で他の医療助成制度による医療券又は支給者証を利用しますか。 該当するものに○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 利用している ・ <input type="checkbox"/> 利用していない			
「利用している」に○を付けた方のみ記入してください。 制度名・・・ _____ 窓口負担・・・ 有 ・ 無			

見本

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店・支店 出張所 [ ]	預 金 種 別 普通 当座 [ ]
		金融機関コード	

口座番号 <small>右詰めで記入してください</small>	
口座名義人 (カタカナ)	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は [ ] 内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。  
口座名義人は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
全ての高額療養費について、この申請書をもって請求し、上記口座に振り込むことを承諾します。

年 月 日

申請者  
(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 ( ) \_\_\_\_\_