被保険者番号

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号

氏 名								
生年月日				電話番号	륫			
他の制度により	自己負担額	相当額また	たはその一部	『の支給を受け	けられるか否	カゝ		
受けられる	(制度名-)		(費用徴収の	有•	無)
受けられない								
発病または 発傷の理由	1	:第三者行	為(交通事故	汝等) 2: [[]	单独事故(運	転•同乗)	3:その他	1(疾病等)
ス例の左山	Ar	1 /-						
		を	ī			k店·支店)	預 金 — 種	普通 当座 その他
1座番号等	(7 17 73 73 1)				別	6 - 10
記載して下さい								
7座名義人								
高知県後期高	齢者医療広	域連合長	様					
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します	り、高額療養 査等により即	養費の支給 こで支給され	を申請します	で。	ぐった場合は	、支給額と差	5月調整する	3ことに、
高知県後期高 上記のとお なお、再審	り、高額療養 査等により関	を費の支給	を申請します	-	さった場合は住所	、支給額と差	5引調整する	ることに、
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します	り、高額療養 査等により即	養費の支給 こで支給され	を申請します	養費が減額とな		、支給額と差	6引調整する	ることに、
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します	り、高額療養 査等により関 。 月	を費の支給 に支給され 日	を申請しますれた高額療養	を費が減額となる 申請者	住所氏名		5引調整する	3ことに、
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します。 年	り、高額療養 査等により関 。 月	を費の支給 に支給され 日	を申請しますれた高額療養	を費が減額となる 申請者 ご記の委任状格	住所氏名		E引調整する	5.Z.E/C.
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します。 年	り、高額療養 査等により関 。 月	を費の支給 Eに支給され 日 &人が異な	を申請します れた高額療剤 る場合は、T 委	を費が減額となる 申請者 ご記の委任状格	住所 氏名 <u>飛にご記入<</u> 状	ください。		
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します。 年	り、高額療養 査等により関。 月	を費の支給 Eに支給され 日 &人が異な	を申請します れた高額療剤 る場合は、T 委	を費が減額となります。 申請者 「記の委任状格」 ・ 任	住所 氏名 <u>飛にご記入<</u> 状	ください。		
高知県後期高	り、高額療養 査等により関。 月	を費の支給 Eに支給され 日 &人が異な	を申請します れた高額療剤 る場合は、T 委	を費が減額となります。 申請者 「記の委任状格」 ・ 任	住所 氏名 <u>飛にご記入<</u> 状	ください。		
高知県後期高 上記のとお なお、再審 同意します 年 和は、 申請者と振込を	り、高額療養 査等により関 。 月 上の口座名 手	を費の支給 Eに支給され 日 &人が異な	を申請します れた高額療剤 る場合は、T 委	を費が減額となります。 申請者 「記の委任状格」 ・ 任	住所 氏名 戦 にご記入ぐ 状 受領に関する	ください。		