年　　月　　日

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			

下記は、**交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ**○をつけてください。

1：交通事故（自損事故含む）

2：第三者による疾病・傷害（けんか・犬咬み・食中毒等）

※該当するものがない場合は記入不要です。

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番（3桁）を記入してください。
口座名義人はカタカナで上段より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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店 本所 支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号 左詰めで記入				
口座名義人 （カタカナ）				

北海道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。

なお、高額療養費支給後に相殺すべき事由が生じた場合は、今後支給される高額療養費と相殺することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住　所（〒　　－　　）

氏　名

電話番号