様式第30号(第17条関係)

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		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またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる(制度名―　　)(費用徴収の　有・無) 受けられない	
発病又は負傷の理由	1：私傷病（疾病・自損事故等）　　2：第三者行為（交通事故被害等）

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。

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　　)	本店・支店 (　　)	預金種別	普通 当座 (　　)
口座番号等 左詰記載してください				市町村確認欄
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字あけてください。

島根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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との関係：　本人　・(　　)