



保険者	

市 町 村 処 理 欄			
受		入	
付		力	

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 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (疾病等・自損事故)

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()内に記載してください。

振込先	銀行	本店・支店	預金種別	普通当座 ()
	信用金庫	本所・支所 ()		
	信用組合			
	協同組合 ()			
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。			

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

長野県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。

年 月 日

申請者 (被保険者) 住所 _____

氏名 _____