



保険者	39202015
	長野市

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	(制度名一 ) (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	本店・支店	預金種別	普通
	信用金庫	本所・支所		
	信用組合	( )		当座
	協同組合			( )
	( )			
口座番号				
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字あけてください。

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

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 \_\_\_\_\_  
(被保険者)

氏名 \_\_\_\_\_