

# 記入例

後期高齢者医療被保険者証に記載の  
被保険者番号（8桁）を記入してください。

## 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	(フリガナ)	コウイキ レンゴロウ
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	氏名	広域 連五郎
生年月日	明治 大正 昭和	12 3 月 4 日	電話番号 087-811-1866

個人番号（マイナンバー）12桁  
を記入してください。

連絡の取れる連絡先を記入して  
ください。

該当するものに○をつけて

してください。

振込先	さぬき	銀行 信用金庫 信用組合 農協	さぬき	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	(フリガナ)			コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ( )	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人	金融機関名・支店名を正確に記入し、 該当するものに○を付けてください。			口座種目と口座番号を確 認して正確に記入してくだ さい。	コウイキ レンゴロウ	金融機関に届けてい るフリガナを記入して ください。
					広域 連五郎	

発病又は負傷の理由

- 1 : 第三者行為（交通  
② : その他（自損

原則、被保険者本人名義の口  
座を記入してください。  
被保険者と名義が異なる場合  
は、別途「委任状」が必要にな  
ります。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿  
高額療養費に該当した診療月について、交通事故や  
けんか等の「第三者による負傷」(第三者行為)に  
よって治療を受けていた場合は「1」に○を付けてくだ  
さい。  
それ以外の疾病やけが、入院によって治療を受けて  
いた場合は、「2」に○を付けてください。

差額が生じた場合で、以後発生する  
は、差額調整を行うことに同意します。

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

〒760-0066

申請者 住所 高松市福岡町二丁目3番2号  
(被保険者)

被保険者の住所・氏名を記入  
してください。

氏名 広域 連五郎