

高額療養費特別支給金支給申請書

被保険者番号		氏名	
支給(申請)金額		申請期限	

滋賀県後期高齢者医療広域連合高額療養費特別支給金支給要綱第4条に基づき、次のとおり申請します。

次の1～3のいずれかの()内につけ、一番下の欄に名前を記入してください。

() 1. 高額療養費受領のために登録している口座への振込を希望する。

() 2. 次の口座への振込を希望する。

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 ()
	ゆうちょ銀行の場合は、「ゆうちょ」と記入してください。			
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人及びカタカナは左づめで記入してください。姓と名の間は1字あけてください。

() 3. 支給金の受領を希望しない。

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

高額療養費特別支給金のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、滋賀県後期高齢者医療広域連合長に委任します。

申請者氏名

電話番号

印

申請者が被保険者本人の場合、記名押印に代えて署名も可能です。