様式第31号（第23条関係）

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（自損事故・疾病等）

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 左詰記載して下さい					
口座名義人 （カタカナ）					

□ 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、
「□　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は不要です。

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。

山形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

住　所

申請者

氏　名