

様

静岡県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書兼支給申請書

あなたが 年 月 に受けた診療は、特別療養費の支給対象となっておりますので、下記により口座振込の手続きをされるようお知らせします。

記

- 1. 被保険者番号
- 2. 被保険者氏名
- 3. 申請期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
- 4. 申請場所

指定日の申請分は1か月遅れの支給になりますので、期間内に申請してください (印漏れ・記入漏れのないよう注意してください)。

- 5. 持参するもの 保険証、印鑑 (朱肉を使用するもの)、通帳等 (口座情報があるもの) 受診時の領収書又はその写し
- 6. 支給予定額
- 7. 口座振替に関するお願い ○御利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合及び農業・漁業協同組合です。

問合せ先
住 所
電話番号

申 請	日 付	年	月	日		
	住 所					個人番号
	氏 名	Ⓜ				連絡先

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 農 協 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
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。