

様式第1号(第3条関係)

後期高齢者医療外来療養に係る高額療養費委任払認定申請書

後期高齢者医療広域連合使用欄	
受付番号	

年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所 _____

申請者
(被保険者) 氏 名 _____ ⑩

※電話番号 () _____

外来療養に係る高額療養費委任払の適用認定について、下記のとおり申請します。

記

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名		生 年 月 日	年 月 日
高額療養費受領委任保険 医療機関等の名称及び診療科			
申 請 理 由			

※後日、確認のため直接連絡することがありますので、必ずご記入ください。