

〒8XXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2X2X 年 2X 月 2X 日



20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
(公印省略)

高額療養費の支給申請について（再送）

あなたは下記のとおり高額療養費の支給対象となっておりますので、申請書に必要事項を記入のうえ口座振込の手続きをされるようお知らせします。

この制度は一度振込口座の申請をいただくと、その後に高額療養費が発生した場合は、自動的に指定口座に振り込みさせていただくものです。

記

1. 被保険者番号
- 8XXXXXXXX
2. 氏 名
- 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
3. 申請場所
- 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
4. 持参するもの
- 同封の申請書・申請者の本人確認ができる身元確認書類  
(マイナンバーカード、後期高齢者医療資格確認書等)  
通帳等（口座情報の記載のあるもの）  
※ 申請者以外の口座に振り込む場合で、申請者が  
手書きしない場合は印かんが必要です。

5. 支給予定額
- 9XXX19XXXXXXXXXXXXXXXX  
9XXX19XXXXXXXXXXXXXXXX  
9XXX19XXXXXXXXXXXXXXXX  
9XXX19XXXXXXXXXXXXXXXX  
9XXX19XXXXXXXXXXXXXXXX

6. 振込先に関する  
お願い
- ご利用できる金融機関は銀行、信用金庫、信用組合  
及び農業・漁業共同組合です。（ただし、ゆうちょ銀行を  
ご利用の際、他金融機関からの振込用の店名、預金種目  
及び7桁の口座番号を必ずご記入ください。）

- ※ すでに申請済の場合は行き違いですのでご了承ください。一度振込先口座をご登録いただき  
ますと、口座変更がない限り再度の提出は不要です。
- ※ 記入もれのないように注意してください。
- ※ 郵送によるお届けも可能です。

12XXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
9XXXXXXXXXX  
住 所 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
電話番号 16XXXXXXXXXXXX

◆問い合わせ先  
大阪府後期高齢者医療広域連合  
〒540-0028  
住 所 大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号  
中央大通FNビル8階  
電話番号 06-4790-2031