

後期高齢者医療 充当承諾書

保険者番号								被保険者番号						性別	男・女	
被保険者氏名								生年月日	明 大 昭	治 正 和	年	月	日			

申請している 医療給付の種 類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別療養費 ・ 高額療養費 ・ 療養費 ・ 移送費 ・ 入院時食事療養費差額 ・ 入院時生活療養費差額 ・ 葬祭費 ・ その他 () 					
申請の日付	平成	年	月	日	支給見込額	円
充 当 す る	年度	別紙添付書類のとおり			充当する金額	円
	期別	別紙添付書類のとおり				

上記のとおり後期高齢者医療保険料に充当することを承諾します。

平成 年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住所

氏名

連絡先

後期高齢者医療 充当明細書

保険者番号							被保険者番号						性別	男・女	
被保険者氏名							生年月日	明 大 昭	治 正 和	年	月	日			
被保険者住所															

No.	賦課年度	期別	未納額	充当額	充当後の未納額	備考
1	年度	期	円	円	0円	
2	年度	期	円	円	0円	
3	年度	期	円	円	0円	
4	年度	期	円	円	0円	
5	年度	期	円	円	0円	
6	年度	期	円	円	0円	
7	年度	期	円	円	0円	
8	年度	期	円	円	0円	
9	年度	期	円	円	0円	
10	年度	期	円	円	0円	
11	年度	期	円	円	0円	
12	年度	期	円	円	0円	
13	年度	期	円	円	0円	
14	年度	期	円	円	0円	
15	年度	期	円	円	0円	
16	年度	期	円	円	0円	
17	年度	期	円	円	0円	
18	年度	期	円	円	0円	
19	年度	期	円	円	0円	
20	年度	期	円	円	0円	
21	年度	期	円	円	0円	
22	年度	期	円	円	0円	
23	年度	期	円	円	0円	
24	年度	期	円	円	0円	
	合計		0円	0円	0円	