

〒XXX-XXXX

●●府

●●市●●●●●○丁目○○番○-○○○号

●● ●● 様

《2025022800001》

熊広医給第●●●●号

令和●●年●●月●●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 大西 一史



高額療養費支給申請について（お知らせ）

●● ●● 様（被保険者番号 XXXXXXXX）の医療費が高額療養費の支給対象となっています。

つきましては、下記により申請をされますようお願いいたします。

貴方様におかれましては、熊本県外へ転出されていますので、お手数ですが支給金額等をご確認のうえ手続きされますようお願いいたします。

なお、ご指定の口座への振込は、申請された月の翌々月の20日頃を予定しています。

記

- 1 提出先 **熊本市中央区 区民課（国保年金班）**
- 2 申請書類
 - ・同封の申請書（記入方法は申請書裏面の記入例をご参照ください。）
 - ※口座名義が本人と異なる場合は、委任状の提出が必要です。委任状は、熊本県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。
- 3 申請に必要なもの（郵送の場合は下記の写しを同封ください。）
 - ① 被保険者証、資格確認書、マイナンバーカードのいずれか1点
 - ② 銀行等の通帳またはカード（振込口座確認のため）
 - ③ 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）

※成年後見人等が申請される場合は、確認できる書類の写しの添付が必要です。

※代理の方が申請される場合は身分証を御持参ください。

- 4 支給金額 **1255 円**

- ※ この通知は、支給額の多寡にかかわらず対象者の皆様へ送付しています。
- ※ 支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整しますのでご了承をお願いします。
- ※ この通知は、●●月●●日現在で作成しておりますので、既に申請がお済みの場合は、改めて申請の必要はありません。
- ※ 高額療養費の請求権の時効は、原則として診療月の翌月から2年となっていますので、お早めに申請されますようお願いいたします。

お問い合わせ先

熊本市中央区 区民課（国保年金班） 096-328-2278

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

〒XXX-XXXX

●●県

●●市●●区●●●○丁目○○番○-○○○号
○○○○○○○○○○○○

●● ●● 様

《2025022800002》

熊広医給第●●●●号

令和●●年●●月●●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 大西 一史



高額療養費支給申請について（お知らせ）

●● ●● 様（被保険者番号 XXXXXXXX）の医療費が高額療養費の支給対象となっています。

つきましては、下記により申請をされますようお願いいたします。

貴方様におかれましては、熊本県外へ転出されていますので、お手数ですが支給金額等をご確認のうえ手続きされますようお願いいたします。

なお、ご指定の口座への振込は、申請された月の翌々月の20日頃を予定しています。

記

1 提出先

熊本市南区 区民課（国保年金班）

2 申請書類

・同封の申請書（記入方法は申請書裏面の記入例をご参照ください。）
※口座名義が本人と異なる場合は、委任状の提出が必要です。委任状は、熊本県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。

3 申請に必要なもの（郵送の場合は下記の写しを同封ください。）

- ① 被保険者証、資格確認書、マイナンバーカードのいずれか1点
- ② 銀行等の通帳またはカード（振込口座確認のため）
- ③ 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）

※成年後見人等が申請される場合は、確認できる書類の写しの添付が必要です。

※代理の方が申請される場合は身分証を御持参ください。

4 支給金額

424 円

※ この通知は、支給額の多寡にかかわらず対象者の皆様へ送付しています。

※ 支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整しますのでご了承をお願いします。

※ この通知は、●●月●●日現在で作成しておりますので、既に申請がお済みの場合は、改めて申請の必要はありません。

※ 高額療養費の請求権の時効は、原則として診療月の翌月から2年となっていますので、お早めに申請されますようお願いいたします。

お問い合わせ先

熊本市南区 区民課（国保年金班） 096-357-4128

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

〒XXX-XXXX

●●県

●●●市●●区●●○丁目○○○番地○○○○

○○○○○○○○○○○○

●● ●●● 様

《2025022800003》

熊広医給第●●●●号

令和●年●月●●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 大西 一史



高額療養費支給申請について（お知らせ）

●● ●●● 様（被保険者番号 XXXXXXXX）の医療費が高額療養費の支給対象となっています。

つきましては、下記により申請をされますようお願いいたします。

貴方様におかれましては、熊本県外へ転出されていますので、お手数ですが支給金額等をご確認のうえ手続きされますようお願いいたします。

なお、ご指定の口座への振込は、申請された月の翌々月の20日頃を予定しています。

記

1 提出先

上天草市 健康づくり推進課

2 申請書類

・同封の申請書（記入方法は申請書裏面の記入例をご参照ください。）
※口座名義が本人と異なる場合は、委任状の提出が必要です。委任状は、熊本県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。

3 申請に必要なもの（郵送の場合は下記の写しを同封ください。）

① 被保険者証、資格確認書、マイナンバーカードのいずれか1点

② 銀行等の通帳またはカード（振込口座確認のため）

③ 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）

※成年後見人等が申請される場合は、確認できる書類の写しの添付が必要です。

※代理の方が申請される場合は身分証を御持参ください。

4 支給金額

4210 円

※ この通知は、支給額の多寡にかかわらず対象者の皆様へ送付しています。

※ 支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整しますのでご了承をお願いします。

※ この通知は、●月●●日現在で作成しておりますので、既に申請がお済みの場合は、改めて申請の必要はありません。

※ 高額療養費の請求権の時効は、原則として診療月の翌月から2年となっていますので、お早めに申請されますようお願いいたします。

お問い合わせ先

上天草市 健康づくり推進課 0969-28-3354

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

〒XXX-XXXX

●●●県

●●●市●●●〇丁目〇番〇〇号

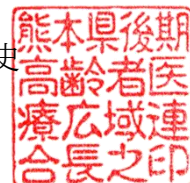
●● ●● 様

《2025022800005》

熊広医給第●●●号

令和●年●月●●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 大西 一史



高額療養費支給申請について（お知らせ）

●● ●● 様（被保険者番号 XXXXXXXX）の医療費が高額療養費の支給対象となっています。

つきましては、下記により申請をされますようお願いいたします。

貴方様におかれましては、熊本県外へ転出されていますので、お手数ですが支給金額等をご確認のうえ手続きされますようお願いいたします。

なお、ご指定の口座への振込は、申請された月の翌々月の20日頃を予定しています。

記

1 提出先

氷川町 町民課

2 申請書類

・同封の申請書（記入方法は申請書裏面の記入例をご参照ください。）
※口座名義が本人と異なる場合は、委任状の提出が必要です。委任状は、熊本県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。

3 申請に必要なもの（郵送の場合は下記の写しを同封ください。）

- ① 被保険者証、資格確認書、マイナンバーカードのいずれか1点
- ② 銀行等の通帳またはカード（振込口座確認のため）
- ③ 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）

※成年後見人等が申請される場合は、確認できる書類の写しの添付が必要です。

※代理の方が申請される場合は身分証を御持参ください。

4 支給金額

90241 円

- ※ この通知は、支給額の多寡にかかわらず対象者の皆様へ送付しています。
- ※ 支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整しますのでご了承をお願いします。
- ※ この通知は、●月●●日現在で作成しておりますので、既に申請がお済みの場合は、改めて申請の必要はありません。
- ※ 高額療養費の請求権の時効は、原則として診療月の翌月から2年となっていますので、お早めに申請されますようお願いいたします。

お問い合わせ先

氷川町 町民課 0965-52-5851

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

〒XXX-XXXX

●●県

●●市●区●●町●●○○○番地 ○○○○○

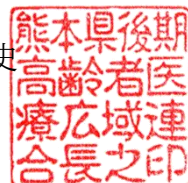
○○○○○ ○○○○○○○ ○○○○○○○

●● ●●● 様

《2025022800006》

熊広医給第●●●●号
令和●年●月●●日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 大西 一史



高額療養費支給申請について（お知らせ）

●● ●● 様（被保険者番号 XXXXXXXX）の医療費が高額療養費の支給対象となっています。

つきましては、下記により申請をされますようお願いいたします。

貴方様におかれましては、熊本県外へ転出されていますので、お手数ですが支給金額等をご確認のうえ手続きされますようお願いいたします。

なお、ご指定の口座への振込は、申請された月の翌々月の20日頃を予定しています。

記

- 1 提出先 **氷川町 町民課**
- 2 申請書類
 - ・同封の申請書（記入方法は申請書裏面の記入例をご参照ください。）
 - ※口座名義が本人と異なる場合は、委任状の提出が必要です。委任状は、熊本県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載しておりますので、ご活用ください。
- 3 申請に必要なもの（郵送の場合は下記の写しを同封ください。）
 - ② 被保険者証、資格確認書、マイナンバーカードのいずれか1点
 - ② 銀行等の通帳またはカード（振込口座確認のため）
 - ④ 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）
 - ※成年後見人等が申請される場合は、確認できる書類の写しの添付が必要です。
 - ※代理の方が申請される場合は身分証を御持参ください。

4 支給金額 **90241 円**

- ※ この通知は、支給額の多寡にかかわらず対象者の皆様へ送付しています。
- ※ 支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額で調整しますのでご了承をお願いします。
- ※ この通知は、●月●●日現在で作成しておりますので、既に申請がお済みの場合は、改めて申請の必要はありません。
- ※ 高額療養費の請求権の時効は、原則として診療月の翌月から2年となっていますので、お早めに申請されますようお願いいたします。

お問い合わせ先

氷川町 町民課 0965-52-5851

熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050