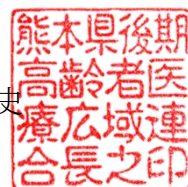


〒XXX-XXXX
●●都
●●区●●●○丁目○-○-○○
○○ ●● ●● 様方

●● ●●● 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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

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。

※ 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

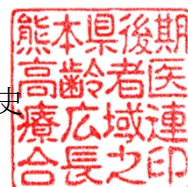
熊本県後期高齢者医療広域連合 給付課 給付班 096-288-6050

〒XXX-XXXX
●●都
●●区●●●○丁目○○-○ ●
●●●●●○○○号室 ●● ●●
様方

●● ●● 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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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

熊本市西区 区民課（国保年金班）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

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）

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。

※ 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

熊本市西区 区民課（国保年金班） 096-329-1198

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●●●○丁目○○番地○○
●●●●●●○○○号

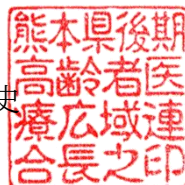
●● ●● 様

《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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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 国保年金課

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

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。

※ 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 国保年金課 096-328-2290

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

《2025022800004》

熊本医給第●●●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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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 国保年金課

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

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。

※ 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 国保年金課 096-328-2290

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●●●●●●○○○番地
○ ●●●●●●

●● ●● 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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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 国保年金課

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

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）

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。

※ 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 国保年金課 096-328-2290

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●●町○○-○○
○○様方

●● ●●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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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

熊本市東区 区民課（国保年金班）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

③ 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。

※ 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

熊本市東区 区民課（国保年金班） 096-367-9125

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○号

●● ●● 様

《2025022800007》

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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

④ 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。

※ 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●●町○丁目○番○号

●● ●● 様

《2025022800008》

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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

⑤ 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。

※ 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●町○丁目○○番○
○-○○○号 ○○○○○○○○
○

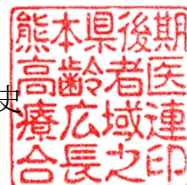
●● ● 様

《2025022800009》

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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

⑥ 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。

※ 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●町○丁目○○番○

○-○○○○○号 ○○○○○○○○

○○○○○○○○○

●● ●●● 様

《2025022800010》

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。

今回申請をされますと、今後は高額療養費の支給対象となられた場合には自動的にご指定の口座へお振込みをいたします。

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）

※各支所等に提出できるか否かについては、下記の各市町村のお問い合わせ先にご確認いただきますようお願いいたします。

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してください。）

⑦ 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。

※ 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