

被保険者本人が申請する場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	2	1	※	※	※	※	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名		広域 太郎		男・女							
公費負担者番号								生年月日		昭和 3年 3月 3日											
公費受給者番号								入 外		外		割合 9割									
診療年月	年 月			療 養 期 間			年 月 日 から														
診療日数	日			療 養 期 間			年 月 日 まで														
種 類	補装具																				
傷 病 名																					
診療薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名 称																				
	所在地																				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名																					
療養を受けることができなかった理由	1. 保険理由 2. 保険者証を提出しなかった。理由：旅行・紛失・その他（ ） 3. 補装具を装着した。 4. 生血の提供を受けた。 5. その他（ ）																				
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（疾病等・自損事故）																				
疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住 所																				
	氏 名																				
傷病の経過											療養の内容										
療養に要した費用額	30,000 円										食事回数 回										
審査認定額※	円										食事療養に要した費用額 円										
一部負担金※	円										食事標準負担額 円										
支給金額※	円										※の欄は記入不要です。										
口座振込先	金融機関名										口座種別										
	広域 銀行 信用金庫 農協・信用組合 ( )										連合 (店) 普通・当座 ( )										
	口座番号					フリガナ					コウイキ タロウ										
	1 2 3 4 5 6 7					口座名義人					広域 太郎										

負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。

・海外診療  
・一般診療  
・補装具等を記入

負傷等の原因が交通事故等第三者行為であり加害者が判明している場合は加害者の住所氏名を記入ください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

郵便番号 500-0000

住 所 岐阜市柳津町〇-〇

氏 名 広域 太郎

電 話 (〇〇〇) 〇〇〇-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。

捨印

印

印

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様	
	私はこの療養費支給申請書の提出により支給される療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。	
	委任する人（被保険者）	
	住所 氏 名	Ⓜ
委任を受ける人		
住所 氏 名		
委任する人（被保険者）との関係		

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）

注意：字句の訂正について  
訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。  
また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印	市町村受付印
---------	--------

申請者が被保険者で、振込口座が被保険者の口座でない場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	2	1	※	※	※	※	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名		広域 太郎		男・女								
公費負担者番号								生年月日		昭和 3年 3月 3日												
公費受給者番号								入外		外		割合 9割										
診療年月	年 月				療養期間				年 月 日 から													
診療日数	日								年 月 日 まで													
種類	補装具																					
傷病名																						
診療薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名称																					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	所在地	<p>負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。</p>																				
療養を受けることができなかった理由	1. 保険理由	<p>③ 補装具を装着した。</p> <p>4. 生血の提供を受けた。</p> <p>5. その他 ( )</p>																				
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等)										② ② その他 (疾病等・自損事故)											
疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住所	<p>負傷等の原因が交通事故等第三者行為であり加害者が判明している場合は加害者の住所氏名を記入ください。</p>																				
傷病の経過											療養の内容											
療養に要した費用額	30,000 円										食事回数 回											
審査認定額※	円										食事療養に要した費用額 円											
一部負担金※	円										食事標準負担額 円											
支給金額※	円										※の欄は記入不要です。											
口座振込先	金融機関名										口座種別											
	広域					銀行 信用金庫 農協・信用組合 ( )					連合 (店)					普通・当座 ( )						
	口座番号					フリガナ					ギフ サキコ											
	1	2	3	4	5	6	8	口座名義人					岐阜 咲子									

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

郵便番号 500-0000

住所 岐阜市柳津町〇-〇

氏名 広域 太郎

電話 (〇〇〇) □□□-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。

捨印

印

印

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様	
	私はこの療養費支給申請書の提出により支給される療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。	
	委任する人（被保険者）	
	住所	
	氏名	Ⓜ
委任を受ける人		
住所		
氏名		
委任する人（被保険者）との関係		

申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）

注意：字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。

また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印

市町村受付印

被保険者以外の方が申請する場合

個人番号がわからない場合は記入しなくてもかまいません。

後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	2	1	※	※	※	※	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名		広域 太郎		男・女							
公費負担者番号								生年月日		昭和 3年 3月 3日											
公費受給者番号								入外		外		割合 9割									
診療年月	年 月				療養期間				年 月 日 から												
診療日数	日								年 月 日 まで												
種類	補装具																				
傷病名																					
診療薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名称																				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	所在地																				
療養を受けることができなかった理由	1. 保険理由	<p>負傷等の原因が交通事故等第三者行為による場合は1を、それ以外の場合は2に○を記入してください。</p> <p>③ 補装具を装着した。</p> <p>4. 生血の提供を受けた。</p> <p>5. その他 ( )</p>																			
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等)										②. その他 (疾病等・自損事故)										
疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住所																				
	氏名																				
傷病の経過											療養の内容										
療養に要した費用額	30,000 円										食事回数 回										
審査認定額※	円										食事療養に要した費用額 円										
一部負担金※	円										食事標準負担額 円										
支給金額※	円										※の欄は記入不要です。										
口座振込先	金融機関名										口座種別										
	広域					銀行 信用金庫 農協・信用組合 ( )					連合 (店)					普通・当座 ( )					
	口座番号					フリガナ					ギフ サキコ										
	1 2 3 4 5 6 8					口座名義人					岐阜 咲子										

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

郵便番号 500-0000

住所 岐阜市柳津町〇-〇

氏名 広域 花子

電話 (〇〇〇) 〇〇〇-△△△△

同じ印鑑（認印）を使用してください。

委任を受けた方の印鑑を押印して下さい。

捨印

印

印

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様	
	私はこの療養費支給申請書の提出により支給される療養費の申請及び受領について、下記の者に委任します。	
	委任する人（被保険者）	委任する方の印鑑（認印）を押印して下さい。
	住所 岐阜市柳津町〇-〇 氏名 広域 太郎	印
委任を受ける人	申請書提出の際、必要となる添付書類等・医療機関の領収書等（療養の種類によって異なりますので、詳しくは市町村の担当窓口にお問合せください。）	
住所 岐阜市柳津町〇-〇 氏名 広域 花子		
委任する人（被保険者）との関係	妻	

注意：字句の訂正について

訂正箇所には二重線を引き、訂正印（申請者の印と同じもの）を押印してください。

また、修正テープや修正液は使用しないでください。

広域連合受付印

市町村受付印