

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 0 1 2
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	広域 太郎 (男) 女
公費負担番号		生年月日	昭和 2 年 2 月 2 日
公費受給者番号		入 外	入 割合 9 割
診療年月	平成 28 年 1 月	療養期間	
診療日数	日	年 月 日から 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	○○○○病院	
	所在地		

・ 海外診療
・ 一般診療
・ 補装具 等を記入

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. 保険医療機関でない医療機関で受診理由 () 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 ()		
発症又は負傷の理由	○ 一般疾病 ・ 第三者行為 ・ その他		

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※	記入不要 円	食事標準負担額	円
支給金額※	円	※の欄は記載不要です。	

口座振込先	金融機関名		口座種別
	○○	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 ()	柳津支 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

申請者と口座名義人が違う場合
上記名義人の口座への振込みを承諾します。 申請者 氏名 (印)

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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

【注意】字句の訂正方法について
・ 訂正箇所には二重線を引き、訂正してください。
・ 修正テープや修正液は使用しないでください。

申請者は被保険者になります。

申請者 住 所 岐阜市柳津町○-○

氏 名 広域 太郎

電 話 (○○○) ○○○ - ○○○○

印
広域

広域 (印)

申請書提出の際、必要となる書類等
・ 医療機関の領収書
必要となる添付書類は、療養の種類によって異なります

・ 同じ印鑑を使用してください。
・ 朱肉を使用する印鑑をお願いします。

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	0	1	2
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を受けた	被保険者氏名	広城 太郎 (男) 女										
公費負担番号										生年月日	昭和 2 年 2 月 2 日										
公費受給者番号										入 外	入	割合	9 割								
診療年月	平成 28 年 1 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	○○○○病院																			
	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. 保険医療機関でない医療機関で受診理由 ()										3. 補装具を装着した。										
	2. 保険者証を提出しなかった。理由：旅行・紛失・その他 ()										4. 生血の提供を受けた。										
発症又は負傷の理由	一般疾病 ・ 第三者行為 ・ その他																				
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※	記入不要										申請者以外の口座へ振込む場合は、申請者名を記入し、押印の上、口座名義人欄に振込先となる口座名義人を記入してください。										
一部負担金※	記入不要																				
支給金額※	記入不要																				
口座振込先	金融機関名										口座種別										
	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合 ()										柳津支 店 普通・当座										
	口座番号										フリガナ										
7 6 5 4 3 2 1										コウイキ ハナコ											
口座名義人										広城 花子											
申請者と口座名義人が違う場合 上記名義人の口座への振込みを承諾します。 申請者 氏名 広城 太郎 (印)																					
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。																					

・ 海外診療
・ 一般診療
・ 補装具 等を記入

申請者以外の口座へ振込む場合は、申請者名を記入し、押印の上、口座名義人欄に振込先となる口座名義人を記入してください。

申請者は被保険者になります。

【注意】字句の訂正方法について
・ 訂正箇所にも二重線を引き、訂正してください。
・ 修正テープや修正液は使用しないでください。

申請書提出の際、必要となる書類等
・ 医療機関の領収書
必要となる添付書類は、療養の種類によって異なります

・ 同じ印鑑を使用してください。
・ 朱肉を使用する印鑑をお願いします。

印
広城

広城

広城