

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請

個人番号はわからない場合、空欄可

|  |   |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
|--|---|-------|-----------|---|---|---|---|---|---------|--------|-----------------------------|-------------|---|---|-------|-----------|---|----|---|---|---|
| 保険者番号  | 3   | 9     | 2         | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 個人番号    | 1      | 2                           | 3           | 4 | 5 | 6     | 7         | 8 | 9  | 0 | 1 | 2 |
| 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       |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 公費負担者番号  |   |       |           |   |   |   |   |   |         | 生年月日   |                             | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 公費受給者番号  |   |       |           |   |   |   |   |   |         | 入外     |                             | 外来          |   |   | 割合    |           |   | 9割 |   |   |   |
| 診療年月   | 令和 6年 1月  |       |           |   |   |   |   |   | 療 養 期 間 |        | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで        |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 診療日数   | 日   |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 種 類  | 補装具   |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 傷 病 名  | 右膝変形性関節症  |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 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   |       | 〇〇病院      |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
|  | 所在地   |       | 岐阜市〇〇町〇-〇 |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 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   |   | 〇〇 〇〇 |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 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. マイナ保険証又は資格確認書を提出しなかった。理由： 旅行・紛失・その他 ( )  |       |           |   |   |   |   |   |         |        | 4. 生血の提供を受けた。<br>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  | 装具装着加療中   |       |           |   |   |   |   |   |         |        | 療養の内容                       |             |   |   |       | 別紙のとおり    |   |    |   |   |   |
| 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                    |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 受取口座   | <input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します。<br>※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した上記の「 <input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します」※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載 |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
|  | 公金受取口座を希望される場合は、チェックボックスにチェックを入れてください。その場合、振込先の記入は不要です。<br>※「公金受取口座」とはマイナンバーカード作成時等に登録したマイナポータルにて確認できる口座のことです。                                |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 振込先  | 金融機関名   |       |           |   |   |   |   |   |         |        | 口座種別                        |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
|  | 〇〇 銀行・信用金庫<br>農協・信用組合 ( )   |       |           |   |   |   |   |   |         |        | △△支 ( ) 店                   |             |   |   |       | 普通・当座 ( ) |   |    |   |   |   |
|  | 口座番号  |       |           |   |   |   |   |   |         |        | フリガナ                        |             |   |   |       | コウイキ ハナコ  |   |    |   |   |   |
| 1 2 3 4 5 6 7  |   |       |           |   |   |   |   |   |         | 口座名義人  |                             |             |   |   | 広域 花子 |           |   |    |   |   |   |
| 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。<br>令和△△年 △△月 △△日<br>(あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長<br>申請者 郵便番号 501-6111<br>住 所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地<br>氏 名 広域 太郎<br>電 話 (〇〇〇) □□□-△△△△ |   |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |
| 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い合わせください。)  |   |       |           |   |   |   |   |   |         |        |                             |             |   |   |       |           |   |    |   |   |   |

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

|   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任欄   | (あて先) 岐阜県後期高齢者医療広域連合長   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 私はこの療養費支給申請を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   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| この委任欄については以下のとおりです。<br>・申請者が被保険者本人⇒記載なし<br>・申請者が相続人(被保険者死亡)⇒記載なし、ただし申立・誓約書が必要<br>・申請者が被保険者以外(被保険者存命)⇒記載必要 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |