

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付時使用欄		
受付日	年	月 日
決定日	年	月 日
システム入力者		システム確認者 (添付書類確認者)

※必要事項を記載し、該当するものに○を付けてください。

保険者番号	3	9	3	4	2	0	5	0	療養を受けた	被保険者氏名	
被保険者番号										生年月日	年 月 日
公費負担者番号										入外区分	入院・外来
公費受給者番号										負担区分	1割・2割・3割
診療年月	年 月			診療期間		年 月 日から					
診療日数			日			年 月 日まで					

種類	補装具・一般診療 () ・その他 ()		
傷病名及びその原因	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明	
	支給申請をした理由	療養の給付対象外のため	
診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関等の名称			

療養に要した費用額									
審査認定額									
一部負担金									
支給金額									

医療機関コード									
		-		-					

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振込先	銀金組農	行庫合協	本店支店 ()	預金種別	普通当座 ()
	金融機関コード		支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。					
口座番号(右詰)					
※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。					
口座名義人(カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マス空けてください。				

確認
済・無

上記のとおり、関係書類を添えて療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 -)
住所 尾道市

被保険者との関係

氏名 _____

電話番号 _____