

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	受 療 養 を た 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										
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 ()	確 認 済 ・ 無
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。		金融機関コード				
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。						

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。

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 _____

被保険者
との関係 _____

電話番号 _____