

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名	受診した人の氏名を記入				
被保険者番号			生年月日				明治・大正・昭和	年
公費負担者番号			入外		割合			
公費受給者番号			療養期間		令和	年	月	日
診療年月	令和	年	月	日	から			
診療日数		日	令和	年	月	日	まで	

種 類	「補装具」や「一般医療費」などを記入してください							
傷 病 名	医療機関発行の意見書に記載の傷病名を記入してください							
診療を受けた医療機関等の所在地	領収書、または意見書に記載の医療機関の所在地を記入してください							
診療を受けた医療機関名又は施術師	医療機関の名前を記入してください							
支給申請をした理由	01: 負担区分誤り	02: 証の申請期間中のため	03: 装具装着					
発症又は負傷の理由	01: 第三者行為	02: 業務上の事故	03: ()					

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は○内に記載してください。網掛けのものは記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに療養費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

長 様

受診者名義の口座
(違う場合は下の
委任状欄に記入)

受診した人の氏名

住所 _____

氏名 _____ ㊞

連絡先 _____

委任状欄

年 月 日

上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____ ㊞