

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日	年 月 日	個人番号				
決定日	年 月 日					
保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名			
被保険者番号			生年月日	明・大・昭	年	月 日
公費負担者番号			入外	入院・外来	割合	1割・3割
公費受給者番号						
診療年月	年 月	療 養 期 間	年 月 日 から			
診療日数	日		年 月 日 まで			

種 類	一般診療 補装具 生血 移送 負担割合差額 その他 ()				
傷 病 名					
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名又は施術師					
支給申請をした理由					
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)		2 : その他 (自損事故・疾病等)		

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額		食事療養に要した費用額	
一部負担金		食事療養標準負担額	
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。網掛けの中は記載不要です。

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 当 座 貯 蓄 ()
口座番号 <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上段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。

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者
(被保険者) 住所 _____

氏名 _____

電 話 番 号 _____

印 ※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。

委 任 状	※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。				
	上記、療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。				
	年 月 日				
	申 請 者 (被保険者)	住所	_____		
		氏名	_____	印	_____
	代 理 人	住所	_____		
		氏名	_____	印	_____