

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 (マイナンバー)				
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								
公費負担者番号					生年月日 明・大・昭 年 月 日			
公費受給者番号								

診療年月	年	月	入院区分：	入院	・	外来	自己負担割合：	1割	・	2割	・	3割
診療日数	日	療養期間	年	月	日	～	年	月	日			
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												
療養を受けた 医療機関等	所在地											
	名称											
支給申請理由												
発病または負傷の理由	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			

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード	()	()	()	()
		支店コード			
口座番号 (右づめ)					
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)					

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（数字7桁）」（通帳見開き下部）を記入してください。
 ※ 口座名義人は、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、関係書類を添えて療養費の支給を申請します。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

申請者 住所 _____

(被保険者) 氏名 _____

電話番号 _____

⑩ ※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印

↓ 口座名義人と申請者が異なる場合は、記入・押印してください。 ↓

受 領 委 任 状	上記、療養費受領に関する権限を、下記受領代理人に委任します。	
	年 月 日	
	委任者 (申請者)	氏名 _____ ⑩
	受領 代理人	住所 _____ 氏名 _____ ⑩

