

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 決定日	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)							
保険者番号	3 9 3 3 0 0 0 0	療養を受けた 被保険者	氏名 後期 次郎	生年月日	明・大・昭 ×× 年 ×× 月 ×× 日				
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7								
公費負担者番号									
公費受給者番号									
診療年月	令和 ×× 年 ×× 月	入外区分:	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	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	～	令和 ×× 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	胸椎圧迫骨折								
療養を受けた 医療機関等	所在地	〇〇市〇〇×番地××							
	名称	〇〇〇〇病院							
支給申請理由	治療用として装着したため								
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	広域		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡山		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)	0 1 2 3 4 5 6								
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)	コウキ シロウ								
「姓」と「名」は、1マス空けてください。									
ゆうちょ銀行の場合は、通帳の見開き下部の「店名(3桁)、口座番号(7桁)」を記入してください。									
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 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日									
申請者 (被保険者)	住所	岡山県岡山市北区●町×番×号							
	氏名	後期 次郎							
	電話番号	086 - 000 - 0000							
受領委任状	この受領委任状は、 口座名義人と申請者が異なる場合のみ 記入・押印してください。								
	受領代理者	住所		氏名		月	日		
								市町村受付印	