

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
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
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)		

添付する医療機関の診断書や証明書、領収書など参照して記入してください。

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 住所 **岡山県岡山市北区●町×番×号**

(被保険者) 氏名 **後期 次郎**

電話番号 **086 - 000 - 0000**

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。

受領委任状	住所	月 日
	氏名	

