

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	個人番号 (マイナンバー)	
決定日	年 月 日		
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 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	
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				

※ 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 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**

↓ 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

委任者 (申請者) 氏名

受領代理者 住所

氏名

市町村受付印

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。

《記入時の注意事項》

受付日を記入してください。

種類を選択してください。
(海外療養、移送・生血等は、その他に記載してください。)
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。

医療機関で10割支払う等、医療の給付を受けることができなかった場合は、その理由を記入してください。(海外療養費の場合も同様。)
発病・負傷の理由についても該当する項目を選択してください。

支給額を計算します。(一部負担金は、小数点以下切上げです。)

申請者の口座を記入し、通帳のコピーを添付してください。

※ゆうちょ銀行をご利用の方へ
「記号・番号」(ゆうちょ銀行間のみ)は使用せず、通帳の表側を1枚めくった見開き下部に記載されている「店名(漢数字3桁)・口座番号(数字7桁)」を記入してください。

◆添付書類◆

・領収書 (医療点数がわかるもの)

・補装具のときは:
領収書、内訳書、装着証明書、診断書

・一般診療 (医療機関) で10割負担したときは:
診療 (調剤) 報酬明細書 (レセプト) の写し、領収書 (※前保険へ保険者負担分を返納したときは、前保険者から送付される領収書)

・海外療養費のときは:
領収書 (日本語訳付)、明細書 (日本語訳付)、パスポートの写し (顔写真部分、出入国の日付がわかるページ)、調査に関わる同意書

・移送費のときは:
領収書・医師の意見書・移送年月日や移送方法、移送経路を記載した書類 (付添人がいる場合その者の氏名・住所)