様式第２３号（第２０条関係）

後　期　高　齢　者　医　療
療　養　費　支　給　申　請　書

受　付　時　使　用　欄			
受付日	年　月　日		
決定日	年　月　日		
システム入力者		システム確認者（添付書類確認者）	

※必要事項を記載し，該当するものに〇を付けてください。

保険者番号	3	9	3	4	2	0	2	7	受療養をたを	被保険者氏名	
被保険者番号										生年月日	年　月　日
公費負担者番号										入外区分	入　院　・　外　来
公費受給者番号										負担区分	１割　・　２割　・　３割
診療年月	令和　年　月									診療期間	年　月　日から
診療日数			日								年　月　日まで

種類	補装具・一般診療（　　）・その他（　　）		
傷病名及びその原因		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
		支給申請をした理由	
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等の名称			

療養に要した費用額									
審査認定額									
一部負担金									
支給金額									

医　療　機　関　コ　ー　ド											
		―		―							

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。

振込先	銀行　金庫　組合　農協	本店　支店　（　）	預金種別：普通　当座　（　）
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	金融機関コード / 支店コード	
口座番号（右詰）		記号・番号	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。
口座名義人（カタカナ）	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は１字とし，姓と名の間は１マス空けてください。		

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。

令和　　年　　月　　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者の住所・氏名等

（〒　　－　　）

住所

氏名　　被保険者との関係

電話番号