

# 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○を付けてください。

保険者番号	3	9	3	4	2	0	2	7	受療養 けたを	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・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									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
-	-								

該当するものに○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 金 組 農	行 庫 合 協	本 店 支 店 ( )	預金種別	普 通 当 座 ( )
				金融機関コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。				※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。		
口座番号(右詰)						
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 \_\_\_\_\_