

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 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	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○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		支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。					
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。

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 _____

被保険者
との関係 _____

電話番号 _____