

【記入例】 ※補装具の場合

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	5	4	5	9	受 療 け な た を	被保険者氏名	神石 太郎
被 保 険 者 番 号	※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は、空白でかまいません。									生年月日	大正15年1月1日
公費負担者番号	※重度心身障害者医療費受給者証をお持ちの方は、参照のうえ記入してください。									入院区分	入 院 ・ 外 来
公費受給者番号	不明な場合は、空白でかまいません。									負担区分	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割
診療年月	令和○		年		○		月		診 療 期 間	令和○年○月○日 から	
診療日数				日						令和○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	※医師が発行した診断書・装着証明書 を参照し記入してください。	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	療養の給付対象外のため
診療を受けた医療機 関等の所在地	神石高原町立病院		
診療を受けた医療機 関等の名称	神石郡神石高原町小島1709番地3		

療養に要した費用額	※支払った金額を記入してください。								医 療 機 関 コ ー ド			
審査認定額												
一部負担金												
支給金額												

※郵送される場合は、医師発行の診断書・装着証明書（原本）と補装具の領収書及び通帳等の写しを添付してください。

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	神石高原								銀 行	神石高原								本店 支 店 ()	預 金 種 別	普 通			
									金 組											金融機関コード	支店コード	当 座	
									農 協													()	
※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)	1	2	3	4	5	6	7	記号・番号															
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。																						
	シ	・	ン	セ	キ		タ	ロ	ウ														
※記入間違いがないようにお願いします。																							

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

(〒720-1522)

住所 神石郡神石高原町小島1701番地

氏名 神石 太郎

被保険者

との関係 本人

電話番号 0847-89-3320