

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					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							
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 _____
氏名 _____
電話番号 _____

被保険者
との関係 _____