

後期高齢者医療 療養費 支給申請書

被保険者番号		個人番号	
診療年月	令和 年 月	被保険者氏名	
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	生年月日	明・大・昭 年 月 日

種類	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 一般診療（保険証未提示） <input type="checkbox"/> その他（ ）
疾病名	別紙のとおり
医療機関所在地	別紙のとおり
医療機関名	別紙のとおり
申請理由	療養の給付を受けられなかったため
負傷等の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食事回数	* * *
審査認定額		療養に要した費用額	* * *
一部負担金		食事標準負担額	* * *
支給金額		自己負担割合	割

振 込 先	銀 行		支店・本店	預 金 種 別	普 通 当 座						
	農 業 協 同 組 合		支店・本店								
	信 用 組 合		支店・本店								
	金 庫		支店・本店								
	口座番号						金融機関コード				
口座名義人カナ											

公金受取口座を利用します。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、

「公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。

※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 -

申請者

住 所

氏 名

電話番号

標準

委 任 欄	<p>本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>申請者（委任者） 氏名</p> <p>代理人（受任者） 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>
-------------	---

後期高齢者医療 療養費 支給申請書 【記入例】

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789000
診療年月	令和 ○年 ○月	被保険者氏名	広域 一郎
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	生年月日	明・大・昭 7年 7月 7日

「公金受取口座」の利用を希望する場合は、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

種類	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 一般診療(保険証未提示) <input type="checkbox"/> その他
疾病名	別紙のとおり
医療機関所在地	別紙のとおり
医療機関名	別紙のとおり
申請理由	療養の給付を受けられなかったため
負傷等の理由	1: 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="radio"/> 2: その他(自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食事回数	* * *
審査認定額		療養に要した費用額	* * *
一部負担金		食事標準負担額	* * *
支給金額		自己負担割合	割

振込先	大館 銀行 大館		支店・本店	預金種別	普通 当座
	農業協同組合		支店・本店		
	信用組合		支店・本店		
	金庫		支店・本店		
	口座番号	0 2 4 6 8 0 2	金融機関コード		
口座名義人カナ	コウイキ ハナコ				

公金受取口座を利用します。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。

※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 〒 017 - 8555

住所 大館市字中城20番地

氏名 広域 一郎

電話番号 0186-43-7046

標準

委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。	
	令和 ○年 ○月 ○日	
	申請者(委任者)	氏名 広域 一郎
	代理人(受任者)	住所 大館市字中城20番地
		氏名 広域 花子