

後期高齢者医療
療養費支給申請書

記入例

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 2 2 2 5 4	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○			
被保険者番号	○○○○○○○○○○	療養を受けた	被保険者氏名	君津 太郎		
公費負担者番号			生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日		
公費受給者番号			入外		割合	割合
診療年月	年 月		年 月 日から			
診療日数	日		月 日まで			

医師の指示書に記載された傷病名を記入してください。

種類	03 補装具					
傷病名						

交通事故や事件による怪我で補装具を作ることになった場合は、1に○をつけてください。

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名又は施術師	
支給申請をした理由	医師が治療のため補装具の装着を指示したため
発病又は負傷の理由	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 ※ 1		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			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	○○ ○○ 銀行	○ ○	本店 支店	預金種別	○ ○ ○ ○
口座番号等	○○○○○○○○○○○○○○○○				
口座名義人 (カタカナ)	キミツ タロウ				
受取口座	<input type="checkbox"/> 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、「 <input type="checkbox"/> 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(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。				

公金受取口座はご自身でマイナンバーに登録した口座のことです。手続きをしていない方、登録した口座を把握していない方は、チェックをつけないでください。

口座名義人は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字として、姓と名の間は1字あけてください。

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。

○年 ○月 ○日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 君津市○○○2丁目13番1号

氏名 君津 太郎

連絡先 0439-56-1179