

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	5	0	療養を 受けた	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			年 月 日まで		
診療日数			日								

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)					
※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。				

確認
済・無

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
(〒 -)
住所 尾道市

被保険者
との関係

氏名 _____

電話番号 _____