

# 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	4	3	受 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				
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									
※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)														
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 \_\_\_\_\_ 被保険者  
との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_