

# 後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	0	8	2	2	5	0	療 受 け た	被保険者氏名	大宮 太郎		
被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○		生年月日	○年	○月	○日
公費負担番号										入外		割合	割
公費受給者番号													
診療年月	○年 ○月								療 養 期 間	年 月 日 から			
診療日数										年 月 日 まで			

種 類	(例) 一般診療・治療用装具等
傷 病 名	添付書類に記載されている傷病名
診療を受けた医療機関等の住所地	〇〇市〇〇町〇〇番地
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇市病院
支給申請をした理由	(例) 治療に必要なため・被保険者証を持参しなかったため等
発病又は負傷の理由	一般疾病・第三者行為等

療養に要した費用額	領収書の金額
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	〇〇	銀行	信用金庫	本店・支店	預金種別	普通
		信用組合	協同組合	( )	別	当座
		( )				( )

口座番号等	○	○	○	○	○	○	○	被保険者が銀行に口座を開設していない等の理由により、別の者が振込先の口座名義人になる場合は、委任状を添付してください。
口座名義人 (カタカナ)	オ	オ	ミ	ヤ	タ	ロ	ウ	

口座名義人はカタカナで上段より左づめ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 申請を受けた日を記入します。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 常陸大宮市〇〇123番地

氏名 大宮 太郎

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

押印については、拇印、シャチハタ不可です。

申請者

被保険者が申請者になります。