後期高齢者医療					
	療	養費支給申	請 書		
受付日 年 月	目				
決定日 年 月	目				
保険者番号		個人番号	- 		
被保険者番号		療受	被保険者氏名		
公費負担者番号		養け	生年月日	年	月 日
公費受給者番号	· -	をた	入外	割	合 割
	年 月	療養期間	令和	年 月	
診療日数 日 日まで					
種補装具					
傷病名					
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 治療用具を必要とし、医師が同意					
発病又は負傷の理由 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					
振込先	銀 信 用 金 信 用 約 協 同 約	且 合	本店 (・支店) 預金種別	普 通 当 座 ()
口座番号等					
口 座 名 義 人					
(カタカナ)					
		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 1 1	<u> </u>	
※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 型 取 ロ 座 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。					
	受取口座を利用 は不要です。	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
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。					
上記のとおりに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					
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長					
		申請者	<u>住</u> 所 氏 名		
			連絡先		- -