

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 1 2 2	個人番号	記入不要		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療受 養け をた	被保険者氏名	後期 一郎	
公費負担者番号			生年月日	昭和10年	4月 2日
公費受給者番号			入外	外	割合 割合
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日から		
診療日数	日		年 月 日まで		

種 類	補装具
傷 病 名	腰椎圧迫骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	佐倉市〇〇1丁目〇番〇号
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇〇病院
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	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		振込先に申請者(被保険者)以外の口座を指定する場合は、委任状が必要です。
審査認定額 ※1		
一部負担金		
支給金額		

該当するものに○をつけてください。該当しないものに×をつけてください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	△△△	銀行	<input type="checkbox"/>	本店	<input type="checkbox"/>	預金種別	普通	<input checked="" type="checkbox"/>
		信用金庫	<input type="checkbox"/>	()	()		当座	<input type="checkbox"/>
		信用組合	<input type="checkbox"/>					
		協同組合	<input type="checkbox"/>					

口座番号等	1 2 3 4 5 6 7
-------	---------------

口座名義人	コウキ イチロウ
(カタカナ)	

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。	✓を入れていただくと、マイナンバーの受取口座に支給できます。
	※給付金等の受取口座として、国に事前に登録の場合は「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」に ※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。	

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。

令和5年 4月 1日

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 佐倉市〇〇町〇〇番地
氏名 後期 一郎
連絡先 043-000-0000