

記入例

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

入院か外来か保険証の負担割合を記入してください。

保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎		
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		生年月日	〇〇年〇月〇日		
公費負担番号			入外	外	割合	1割
公費受給者番号						
診療年月	〇〇年 〇月		療養期間	年 月 日 から		
診療日数	①採寸・採型が行われた日 ②装具作成指示日			年 月 日 まで		

種類	(一般診療・海外診療・治療用補装具・負担割合相違による差額支給)					
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			診療報酬明細書等に記載されている内容と相違ないように記入してください。		
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) 被保険者証を持参しなかったため・治療に必要なため等					
発病又は負傷の理由	(例) 一般疾病・第三者行為等			領収書に記載されている金額(10割)を記入してください。		

療養に要した費用額	〇〇〇〇〇〇	食事回数	〇〇
審査認定額※1	〇〇〇〇〇〇	療養に要した費用額	〇〇〇〇〇〇
一部負担金	〇〇〇〇〇〇	食事標準負担額	〇〇〇〇〇〇
支給金額	〇〇〇〇〇〇		

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	〇〇	本店・支店	預金種別	普通
		信用金庫 信用組合 協同組合	( )	( )		当座

口座番号等	〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名義人(カタカナ)	コウイキ 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。

令和〇年〇月〇日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 広域 太郎 印

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

# 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						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
公費負担番号							入外	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		日				年 月 日 まで				

種	類									
傷	病	名								
診療を受けた医療機関等の住所地										
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										
発病又は負傷の理由										

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								

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	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)								

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。

令和 年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_