

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	1	3	4	受 療 け 養 費 を	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										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												
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 _____

電話番号 _____

被保険者
との関係 _____