

第6号様式

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
決定日 年 月 日

個人番号														
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					
公費負担者番号					入外				入・外		割合		割	
公費受給者番号														
診療年月		平成 年 月		療養期間				平成 年 月 日 から						
診療日数		日						平成 年 月 日 まで						

種 類	
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	
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		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 左詰記載して下さい		
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。

年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

【記入例】

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 平成 年 月 日
決定日 年 月 日

個人番号											
保険者番号	3 9 0 0 0 0 0 0 0 0	療養を受けた	被保険者氏名	広域 二郎							
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日							
公費負担者番号			入外	入(外)	割合	7割					
公費受給者番号											
診療年月	平成〇〇年〇〇月		療養期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日						
診療日数	1 日										

保険者負担分を記入

種類	補装具
傷病名	左膝関節症
診療を受けた医療機関等の所在地	△△市▽丁目▽番▽号
診療を受けた医療機関名又は施術師	△△診療所 医療 太郎
支給申請をした理由	補装具を装着したため 必ず記入すること
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) 転倒

小数点以下切り上げ

療養に要した費用額			1	2	3	4	5	食	回	数
審査認定額※1								療養に要した費用額		
一部負担金			3	7	0	4	食事標準負担額			
支給金額			8	6	4	1				

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	〇〇農業	銀行	〇〇	本店・支店	預金種別	普通当座 ()
		信用金庫		(事業所)		
		信用組合				
		協同組合	1 1 1 1 1 1 1			
		()				
口座番号等 左詰記載して下さい	2 2 2 2 2 2 2					
口座名義人 (カタカナ)	コウイキシシロウ					

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 △△市△丁目△番△号

氏名 広域 二郎 広域印

連絡先 000-3333-3333

※欄外に捨印を押してもらってください。