

消えるボールペン、消えやすいインキや鉛筆では、
記入しないでください。

記入例

個人番号、金融機関コード、支店コードが不明の場合は、記入不要です。

後期高齢者医療 療養費支給申請書										
受付日	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)						
決定日	年	月	日							
保険者番号	3	9	3	3	2	0	3	6	療養を受けた 被保険者	
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		氏名 後期 次郎
公費負担者番号										
公費受給者番号										
診療年月	令和 ×× 年 ×× 月	入外区分	入院 ・ 外来	自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割					
診療日数	×× 日	療養期間	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 ~ 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日							
種類	一般診療	補装具	生血	移送	負担割合差額	その他 ()				
傷病名	胸椎圧迫骨折									
療養を受けた 医療機関等	所在地	〇〇市〇〇××番地××								
	名称	〇〇〇〇病院								
支給申請理由	治療として装着したため									
発病または負傷の理由	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						食事療養に要した費用額				
一部負担金						食事療養標準負担額				
支給金額										
振込先	広域			銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡山			本店 支店 出張所	預金種別 普通 当座 貯蓄	
	金融機関コード				支店コード					
口座番号 (右づめ)	0	1	2	3	4	5	6			
口座名義人 (カタカナ) (左上づめ)	コウキ			シ			シロウ			
「姓」と「名」は、1マス空けてください。 口座番号(数字) ※口座名義人は、横書きで記入してください。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。										
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日										
申請者 (被保険者)	住所	岡山県岡山市北区●町×番×号								
	氏名	後期 次郎								
	電話番号	086 - 000 - 0000								
※口座名義人と申請者が異なる場合のみ押印										
受領委任状	この受領委任状は、 口座名義人と申請者が異なる場合のみ 記入・押印してください。									
	受領代理人	住所	氏名	月	日					
									市町村受付印	