

記入例

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	39112156	個人番号			
被保険者番号	××××××××	療養を受けた	被保険者氏名	埼玉 次郎	
公費負担者番号			生年月日	××年 ××月 ××日	
公費受給者番号			入外	外	割合 9割
診療年	年 月 日	療養期間	年 月 日		
診療日数	日				

分からない場合は
空欄で構いません。

入院の方は
入
外来の方は
外

1割負担の方は9割
3割負担の方は7割

種類	補装具
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: 自損事故 3: 疾病等

事故以外の場合は
3に○をつけてください

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		療養費	
一部負担金			
支給金額			

ゆうちょ銀行をご指定の方は、通帳の2ページ目にある店番三桁の数字をこちらに記入してください。もし分からない場合は記号番号を記入してください。

振込先	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇〇	本店・支店 ()	預金種別 ()	普通 当座	
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 (カタカナ)	サ	イ	タ	マ	シ	・	ロウ

被保険者の方の口座をご記入してください。

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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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

被保険者の方の住所、氏名、電話番号をご記入してください。

令和 ×年 ××月 ××日

申請者 住 所 狭山市入間川×-××-×

氏 名 埼玉 次郎

電話番号 ××××-××××