

後期高齢者医療 療養費支給申請書 (記入例)

*太枠の中を記入してください。

受付日 平成 年 月 日
 決定日 平成 年 月 日

保険証の被保険者番号、被保険者の氏名、生年月日を記入してください。

保険者番号	3 9 4 3 2 0 5 9	個人番号	123456789123		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	療養を受けた	被保険者氏名	水俣 市郎	
公費負担者番号			生年月日	M・T	S 10年10月10日
公費受給者番号			入外	入・外	割合
診療年月	平成 年 月 日	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	

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		また、本人以外の口座を希望される場合は、委任状が必要となります。	
支給金額			

該当するものに○を記入してください。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です

振込先	水俣	銀行	水俣支店	水俣支所	預金種別	普通当座
		信用金庫	()	()		()
		信用組合	本店	支店		()
		協同組合	()	()		()
口座番号	1 2 3 4 5 6 7					
口座名義人(カナ)	ミナマタ イチロウ					

・口座名義人はカタカナで記入して下さい。 ・ゆうちょ銀行の場合は、口座番号等を確認できる部分の通帳の写しを添付して下さい。

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 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様
 申請者 住 所

被保険者本人の住所、氏名を記入後、押印してください。

水俣市陣内一丁目1番1号

氏名 水俣 市郎

印 水俣

連絡先 0966-61-1633