

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 令和 年 月 日

保険者番号	3 9 2 2 2 0 9 6	個人番号			
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日		年 月 日
公費受給者番号			入外	割合	割
診療年月	年 月	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	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	
審査確定額※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 農協 ()	本店 支店・支所	預金種別	普通 当座
口座番号				
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。

令和 年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

確 認 欄	受付	入力	確認