

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療養を受けた	被保険者名		
公費負担者番号			生年月日	年	月 日
公費受給者番号			入外	入・外	割合
診療年月	令和 年 月	療養期間	令和 年 月 日 から		
診療日数	日		令和 年 月 日 まで		

種 類	0101	0301	0401	02	03	04	05	06	07	
	医科	歯科	調剤	補装具	柔整	マッサージ	はりきゅう	生血	移送	
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	医師の診断により治療用装具を必要としたため。									
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (相手のいる交通事故等) <input type="checkbox"/> 自損事故 (相手のいない交通事故等) <input type="checkbox"/> その他 (自然発症・転倒・)									

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 <small>左詰記載して下さい</small>				
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) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申 請 者 住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____