様式第16号（第9条関係）

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	

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 信用組合 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。

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　（　　）