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	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				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				
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿