

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 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		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 _____