

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

# 後期高齢者医療 療養費支給申請書

保険者番号	39232046	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
公費負担者番号	(福祉医療) 有・無	生年月日	M・T・S 年 月 日
公費受給者番号		入外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 割合 <input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7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	<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 一般診療(医科 歯科 調剤) <input type="checkbox"/> 負担割合差額 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他( )
傷病名	<input type="checkbox"/> 医師の意見書(診療明細書)のとおり <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> ( )
診療を受けた医療機関等の所在地	別添のとおり
診療を受けた医療機関名又は施術師	別添のとおり
支給申請をした理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を必要とするため <input type="checkbox"/> その他(保険証を提示できなかった・海外療養・負担割合変更・ )
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他( ) (第三者行為: 有・無)

療養に要した費用額	円	食事回数	
一部負担金	円	療養に要した費用額	
支給金額	円	食事標準負担額	

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( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。  
口座名義人はカタカナで左詰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。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 ( )	本店・支店・出張所 ( )	預金種別	普通 当座 ( )
口座番号	●本人名義の口座をご記入ください。 ●本人名義の口座でない場合は、委任欄にご記入ください。			
口座名義人 (カタカナ)				

公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)  
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(√)してください。  
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

(あて先) 愛知県後期高齢者医療広域連合長  
上記のとおり関係書類を添えて申請します。  
年 月 日  
申請者 代理人と同じ  
住所(〒 - )  
氏名 連絡先( ) -

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入をしてください。

**【委任欄】**  
《代理人》  
住所 氏名  
連絡先( ) 被保険者との関係 配偶者 子 その他( )  
私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)  
この申請書における療養費の申請に関すること。 この申請に基づく療養費の受領に関すること。  
被保険者 (住所) (氏名)

市区町村確認欄			広域連合確認欄			補装具の申請に必要な添付書類		
受	入	確	確	訂		医師の証明書	領収書	装着証明書
付	力	認	認	正		移送費の申請に必要な添付書類		
海外療養費の申請に必要な添付書類			自費診療分の申請に必要な添付書類			医師の意見書 移送に係る費用の領収書		
診療明細書(翻訳文を添付) 領収書			診療報酬明細書 領収書					