

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	3	9	0	7	5	4	7	8	被保険者氏名				
被保険者番号													
公費負担番号									生年月日	年	月	日	
公費受給者番号									区分	入院	・ 外来	負担割合	割
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												
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										

振込先	銀行	本店	普通	口座番号						
	信用金庫			支店	(フリガナ)					
	信用組合			出張所	()	口座名義人				
	農協									
	()									

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 申請者 住所 _____
(被保険者)

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 _____

電話番号 () _____

委任欄	令和 年 月 日 委任者 住所 _____
	(自署) 氏名 _____
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。
	代理人 住所 _____
	(自署) 氏名 _____

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 0 7 5 4 7 8	被保険者氏名	浪江 太郎			
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7					
公費負担番号		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
公費受給者番号		区分	入院	外来	負担割合	1割
診療年月	令和〇〇年〇〇月		療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から		
診療日数	〇 〇 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで				

種類	一般診療
傷病名	〇〇〇〇症
診療を受けた医療機関等の所在地	福島県福島市〇〇町〇〇番〇〇号
診療を受けた医療機関名又は施術師	広域クリニック
支給申請をした理由	やむを得ない理由により、病院に被保険者証の提示ができなかったため
発病又は負傷の理由	不明

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			

振込先	銀行	本店	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	広域	浪江	普通	
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ) ナミエ タロウ
	信用組合	出張所	()	口座名義人
	農協			浪江 太郎
	()			

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。
〒 979-1592
令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 浪江町大字幾世橋字六反田7番地2
(被保険者)
福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 浪江 太郎
電話番号 (090) 1234-5678

委任欄	令和 年 月	委任者住所
	申請者以外の口座を指定する場合は、必ず記入してください。	(自署) 氏名
	委任者(自署) 氏名	代理人住所
		(自署) 氏名

委任者及び代理人の署名は、それぞれ自署してください。

領収証の原本を添付してください。