

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

保険証に記載された0もしくは1から
始まる8桁の数字をご記入ください。

保険者番号	3 9 1 1 2 2 2 2	個人番号				
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	療 養 を 受 け た	被保険者氏名	越谷 花子		
公費負担者番号			生年月日	S〇〇年 〇月 〇日		
公費受給者番号			入外	入院	割合	9 割
診療年月	平成〇〇年 〇月		療 養 期 間	年 月 日 から		
診療日数	日					

緊急、その他やむを得ない
理由をご記入ください。

種 類	一般診療				
傷 病 名	別紙のとおり				
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇市〇〇町1-2-3				
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇市立休日夜間診療所				
支給申請をした理由	急病にかかり保険証を持参せず受診したため				
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）	2：自損事故		3：疾病等	

療養に要した費用額	記入不要	回	
審査認定額		した費用	
一部負担金		負担額	
支給金額			

病院等へ受診した理由に〇を
つけてください。

該当するものに〇を付けてください。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。

振 込 先	〇 〇 〇	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	〇 〇	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
	口座番号 (左詰めで記入)					
口座名義人						

口座名義人が申請者と異なる場
合は委任状が必要となります。

ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳に他金
融機関からの振込の受取口座として印字され
ている店名、口座番号をご記入ください。

上記のとおり療養に要した費用に関する
年 月 日

被保険者本人について
ご記入ください。

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

忘れずに押印ください。