

様式第28号（第18条関係）

後期高齢者医療 療養費支給申請書										
受付日		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。					
決定日		年	月	日						
保険者番号		3	9	1	1	2	2	2	2	
被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	
公費負担者番号										
公費受給者番号										
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					入外	入院	割合	
						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		病院等へ受診した理由に○をつけてください。				
審査認定額				た費用						
一部負担金				負担額						
支給金額										
該当するものに○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		○ ○ ○		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 (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。										
上記のとおりに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		忘れずに押印ください。						
				印						
				印						