

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付印

受付日 令和 年 月 日
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号	39232111	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
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	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 負担割合差額 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> ()		
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"/> ()	発病・負傷理由	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不詳 (第三者: 有・無)
医療機関	所在地	支給申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を提示できなかったため <input type="checkbox"/> その他 (補装具・生血・海外療養・)
	名称		

入外区分	<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院	給付区分	<input type="checkbox"/> 9割・ <input type="checkbox"/> 7割
療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		食事に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給申請金額			

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 農業協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通座
	<input type="checkbox"/> 座番号 <small>右詰で記入ください</small>			
<input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ)				

- 被保険者本人名義の口座をお願いします。
- 被保険者本人名義の口座でない場合は、委任欄に記入してください。

口座名義人はカタカナで左詰めにて記入してください。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関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様
 〒

申請者 住所 豊田市
 (被保険者)

氏名 ⑤ 連絡先 ()

被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は、以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄)

代理人 (住所) 豊田市
 (口座名義人)
 (氏名) ⑤

(連絡先) — (被保険者との関係)

被保険者である私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。
 この申請に基づく療養費の受領に関すること。

被保険者 (氏名) ⑤

市区町村確認欄 支給確定

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

広域連合確認欄

確認	訂正
----	----

補装具の申請に必要な添付書類
 医師(装着)の証明書原本領収書
 自費診療分の申請に必要な添付書類
 診療報酬明細書 領収書

海外療養費の申請に必要な添付書類
 診療明細書(翻訳文を添付) 領収書 パスポート 同意書
 領収明細書 受付チェックシート 海外療養費確認シート

輸送用・生血代の申請に必要な添付書類
 医師の意見書・領収書

※領収書は「療養費申請済」押印後、コピーを添付

捺印