

【記入例】

期高齢者医療
月 日
月 日

療養費支給申請書

受付印

保険者番号	39232111	個人番号	XXXXXXXXXXXX
被保険者番号	01234567 (8桁)	被保険者氏名	☑申請者と同じ
診療年月	平成 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

この欄は記入不要です。

該当するものに○をつけて下さい。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 当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	●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 (カタカナ)	ト ヨ タ シ ロ ウ					

口座名義人はカタカナで左詰め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

〒 471 - 8501

申請者 住所 豊田市 西町3-60
(被保険者)

氏名 豊田 花子 (印) 連絡先 (0565) 34 - 6959

被保険者の
(委任欄)

申請者と口座名義人が違う場合は、記入・押印してください。

代理人 (住所) 豊田市 西町3-60

(口座名義人)

(氏名) 豊田 二郎 (印)

(連絡先) 0565 - 34 - 6959 (被保険者との関係) 子

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) 豊田 花子 (印)

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