

後期高齢者医療 療養費等支給申請書

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<br><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 ( )<br><input type="checkbox"/> 不詳<br>(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<br><input type="checkbox"/> その他<br>(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      |   |             |   |

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<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>( ) | 本店・支店<br>( )   | 預金種別 | 普通<br>当座 |
|                 | 口座番号<br>右詰で記入ください           |  |      |          |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                             | ●被保険者本人名義の口座をお願いします。<br>●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 連絡先 ( ) -

被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄にも記入・押印してください。

(委任欄)

代理人 (住所) 豊田市

(氏名)

(連絡先) - (被保険者との関係)

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等の受領に関すること。

被保険者 (氏名) 印

※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄

|    |    |    |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 確認 |
|----|----|----|

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  
医師の証明書 領収書 装着証明書  
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