

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	XXXXXXXXXXXX
被保険者番号	01234567 (8桁)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

この欄は記入不要です。

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 農協 ( )	本店・支店 ( )	預金種別 普通 当座					
口座番号 右詰で記入ください	2	3	4	5	6	7	8	●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		イ	チ	ロ	ウ

誰が申請に来ても(記入しても)、申請者は被保険者です。

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 連絡先 (0565) 34 - 6959

振込口座が申請者(被保険者)以外の口座名義人の場合は、委任欄に記入・押印をお願いします。

代理人 (住所) 豊田市 西町3-60

(氏名) 豊田 一郎

(連絡先) (0565) 34 - 6959 (被保険者との関係) 子

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) 豊田 花子 (印)  
※自署の場合は押印不要

市区町村確認欄 <input type="checkbox"/>		
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