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	□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	□一般診療　□補装具　□負担割合差額　□海外療養　□移送費　□（　　）		
傷病名	□医師の意見書（診療明細書）のとおり □不詳　□（　　）	発病・負傷理由	□転倒　□その他（　　） □不詳　（第三者：有・無）
医療機関 所在地	□別添のとおり □（　　）	支給申請理由	□保険証を提示できなかったため □その他 （補装具 ・ 生血 ・ 海外療養 ・　　）
医療機関 名称	□別添のとおり □（　　）		

入外区分	□外来 ・ □入院	給付区分	□9割・□8割・□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 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 右詰で記入ください	
口座名義人 (カタカナ)	

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。

□公金受取口座を利用します。（公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。）
⇒上の個人番号も記入してください。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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

(口座名義人)
（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）　　㊞
※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