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 | 1111 2222 3333 |
|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 01234567(8桁) | 被保険者氏名 | ☑申請者と同じ |

# 記入例②　公金受取口座を利用するとき

## こちらの欄は、記入不要です。

| 審査認定額 | | 食事療養に要した費用額 | |
|---|---|---|---|
| 一部負 | | | |
| 支給 | | | |

該当するも

| 振込先 | |
|---|---|
| 口座番 | |
| 右詰で記入く | |
| 口座名義 | |
| (カタカナ | |

□公金受
⇒上の
※給付金等の
※公金受取口座

**※マイナンバーカードを作成していない人、又はマイナンバーカードを作成していても公金受取口座の登録していない人は、本申請で公金受取口座を利用することはできません。**

**※公金受取口座を利用しない、又は被保険者以外の口座に振込を希望する人は、【記入例①・③】を参照してください。**

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

〒 471 － 8501

**申請者は、被保険者本人です。**
**住所・氏名・連絡先を必ず記入してください。**

申請者　住所　豊田市 西町3－60
（被保険者）

氏名　豊田 太郎　　連絡先 0565 － 34 － 6959

被

## こちらの欄は、記入しません。

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**