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③　被保険者以外の口座に振り込むとき

こちらの欄は、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) 農業協同組合 ( )	△△	本店・(支店) ( )	預金種	(普通) 当座

口座番号 右詰で記入ください	1	2	3	4	5	6	7	口座名1字と
口座名義人(カタカナ)	ト	ヨ	タ	゛		ハ	ナ	コ

□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
⇒上の個人番号も記入してください。

・口座番号は７桁です。
（右詰め記入し、マスが空欄となった場合「０」を記入）
・口座名義人は、カタカナで左詰めで記入。
・名前の濁点は、１マス使用してください。
・氏と名の間は、１マス開けてください。

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。

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 太郎　　連絡先 0565 － 34 － 6959

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 西町3－60
(口座名義人)
（氏名）　豊田 花子
（連絡先）　0565 － 34 － 6959　（被保険者との関係）　妻
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 太郎　豊田
※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