

後期高齢者医療
療養費等支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 2 3 2 0 2 0	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	
福祉医療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
入外区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	割合	<input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から
診療日数	日		年 月 日 まで

種類	<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 生血代 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 負担割合差額 <input type="checkbox"/> 靴型装具 (写真添付)		
傷病名	別紙のとおり		
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙のとおり	診療を受けた医療機関名又は施術師	別紙のとおり
支給申請をした理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を必要とする <input type="checkbox"/> 負担割合が変更となったため <input type="checkbox"/> その他 ()		
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		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○をつけて下さい。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 <small>右詰めで記載ください</small>		・被保険者名義の口座でお願いします。 ・被保険者名義の口座でない場合は、裏面の委任欄を記入してください。
口座名義人 (カタカナ)		

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。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。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠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 岡崎市
(被保険者)
氏名 連絡先 () -

届出者	氏名		続柄	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	連絡先	()	-	

個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票・その他 ()
届出者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・身体障害者手帳・その他 ()
	健康保険証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給者証・預金通帳 キャッシュカード・クレジットカード・社員証・診察券・その他 ()

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

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

自費診療分の申請に必要な添付書類
診療明細書 領収書

移送費の申請に必要な添付書類
医師の意見書 移送に係る費用の領収書

本人以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入をして下さい。

(委任欄)

代理人 (住所) _____

(氏名) _____

(被保険者との関係) _____

(連絡先) _____

私は上記の者を代理人と定め、この申請に基づく療養費等の受領に関することを委任します。

被保険者(住所) _____

(氏名) _____

※

※被保険者本人の署名又は記名・押印が必要です。