

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日	年	月	日	療養を受けた	個人番号			
決定日	年	月	日		被保険者氏名			
保険者番号					生年月日	年	月	日
被保険者番号					入 外		割 合	割
公費負担者番号				療養期間	年 月 日 から			
公費受給者番号					年 月 日 まで			
診療年月	年	月						
診療日数		日						

種 類			
傷 病 名			
診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関名又は施術師			
支給申請をした理由			
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)		

療養に要した費用の額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用の額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店 本 所 支 店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 左詰めで記入				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。
 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字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、関係書類を添えて療養費等の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 (〒 -)

氏 名 印

電話番号
