

後期高齢者医療  
療養費等支給申請書

受付日 決定日	年	月	日	療養を受けた	個人番号			
保険者番号					被保険者氏名			
被保険者番号					生年月日	年	月	日
公費負担者番号					入外		割合	割
公費受給者番号				療養期間	年 月 日 から			
診療年月	年	月			年 月 日 まで			
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	本店	預金種別	普通当座
	信用金庫	本所		
	信用組合	支店		
	協同組合	( )		( )
	( )			
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 \_\_\_\_\_