

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	39112420	個人番号											
被保険者番号		療養 を 受 け た	被保険者氏名										
公費負担者番号			生年月日		年 月 日								
公費受給者番号			入外		割合		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										
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 : 自損事故 3 : 疾病等									

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 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

☐ 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐」にチェック (✓) してください。

口座名義人はカタカナで上段より左づ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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号