

記入例

後期高齢者医療 療養費支給申請書

保険者番号		39102017		被保険者番号		01234567	
個人番号		123456789012		← 記入必須			
公費負担者番号				公費受給者番号			
被保険者氏名		前橋 太郎		生年月日		昭和11年4月5日	
診療年月	令和 7 年 5 月	入院	・ 外来	3割・2割	・ 1割	(一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ)	
診療日数	1 日	診療期間	令和7 年 5 月 1 日～ 年 月 日				
種類	補装具		傷病名	別紙のとおり			
医療機関等名称・所在地		別紙のとおり					
支給申請をした理由		治療用補装具を作製したため					
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）					

療養に要した費用額	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
10,000円	円	円	円

☒ 公金受取口座を利用します。
※給付金等の受取口座として、マイナポータルに事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（☒）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（下記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組		本店 支店	種別	口座番号	
	金融機					
	口座名義人		氏名			

公金受取口座の利用を希望する場合は、こちらの欄は記入不要です。

群馬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。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、療養費の全部又は一部を差し止めることに同意します。

申請者 (被保険者・申立人)	住所	〒 371-8601 前橋市大手町2丁目12番1号	申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	前橋 太郎	被保険者との続柄	本人	
			番号	111 (2222) 3333	

被保険者本人の住所・氏名を記入してください。

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入	〒			
受領者 (上記口座名義人)	氏名	()		

公金受取口座の利用を希望する場合は、こちらの欄は記入不要です。

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	〒			
来庁者		()		

郵送申請する場合、または被保険者本人が窓口にて申請する場合はこちらの欄は記入不要です。

受付印				
こちらの欄は記入不要です。				域担当
		欄	海外・一般・マッサージ・移送・割合差額・()	