様式第２２号

記入例

後期高齢者医療　**療養費**支給申請書

番号	３９１０２０１７	被保険者番号	１２３４５６７８
個人番号	１２３４５６７８９０１２		
公費負担者番号	９８７６５４３２１	公費受給者番号	１２３４５６７
被保険者氏名	前橋　太郎	生年月日	明・大・昭（昭）　〇〇年〇〇月〇〇日
診療年月			
診療日数			
種類		傷病名	別添のとおり
医療機関等名称・所在地			
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）		

※福祉医療費受給資格をお持ちの方は公費負担者番号と公費受給者番号を記入してください。
※福祉医療費支給申請が別途必要となります。

※「種類」と「支給申請をした理由」の記入方法が不明な場合は、担当課へご相談ください。

療養に要した費用額
〇〇，〇〇〇円

※該当する数字に〇をつけてください。
※「1：第三者行為（交通事故等）」の場合は、別途届出が必要となります。

口座振込依頼欄					
銀行（赤城山）・農協 信金・信組 （　　）	本店 支店（前橋） （　　）	種別 普通 （　　）	口座番号 0 1 2 3 4 5 6		
金融機関コード		支店コード			
口座名義人	フリガナ	マエバシ　タロウ			
	氏名	前　橋　　太　郎			

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。また、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

被保険者（または申立人）を記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

（〒　３７１－８６０１　）
住　所　群馬県前橋市大手町二丁目１２番１号

申請者
（被保険者・申立人）氏　名　前橋　太郎

被保険者との続柄（　本人　）
電話番号０１２（３４５）６７８９

☐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。

受領者
住　所
（上記口座名義人）氏　名

被保険者以外の口座に振り込みを希望する場合は、□に✔を記し、「受領者」欄に口座名義人の住所・氏名等を記入してください。

来庁者
（申請書の提出者）
（〒　　－　　）
住　所
氏　名

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

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付者印	市町村担当者印	支給決定日	年　月　日	広域担当
			入力	

こちらの欄は記入不要です