

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	
個人番号			
公費負担者番号		公費受給者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
診療年月	年 月	入・外	3割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ）
診療日数	日	診療期間	年 月 日～ 年 月 日
種類		傷病名	別添のとおり
医療機関等名称・所在地	別添のとおり		
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）		

療養に要した費用額	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
円	円	円	円

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			
	金融機関コード		支店コード		普通 ()				
	口座名義人		フリガナ						
		氏名							

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。

年 月 日
(〒 -)

住所

申請者

(被保険者・申立人) 氏名

被保険者との続柄 ()

電話番号 ()

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。

住所

受領者

(上記口座名義人) 氏名

申請者との続柄 ()

電話番号 ()

(〒 -)

住所

来庁者

(申請書の提出者) 氏名

申請者との続柄 ()

電話番号 ()

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

広域記入欄	支給決定日		年 月 日		広域担当
	金額	資格	不備	入力	
	海外・一般・マッサージ・移送・割合差額・()				