

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		公費受給者番号	
被保険者氏名	前橋 太郎	生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日
診療年月	令和 6年 1月	入・外	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 6年 1月 11日 ~ 年 月 日
種類	補装具	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	治療用補装具を作成したため		
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する場合は、「 公金受取口座」を記入してください。  
 ※ 給付金等を利用する場合は、「 公金受取口座」を記入してください。  
 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(「記本件部」)の記載・通帳の写しの添付等は不要です。

こちらの欄は記入不要です。

口座振込依頼欄	赤城山	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	0	1	2	3	4	5	6
	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。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

(〒 371-8601 )

住 所 群馬県前橋市大手町二丁目12番1号

申請者

被保険者との続柄 ( 本人 )

被保険者・申立人) 氏 名 前橋 太郎

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  
(上記口座名)

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)

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	年	月	日	広域担当
	備	入力		
割合差額・( )				

こちらの欄は記入不要です。