

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		
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 年 月	入院・外来	3割・2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			
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

●金融機関名、支店名、種別、口座番号、口座名義人（フリガナ・氏名）を記入してください。
●ゆうちょ銀行はご利用できませんが、従来の「記号・番号」では振り込むことはできません。他の金融機関からの振込用の店名・預金種目・口座番号を記入してください。（店名は漢数字ですのでご注意ください）
例「金融機関名：ゆうちょ」「店名：〇一二」「預金種目：普通」「口座番号：1234567」

口座振込依頼欄	ABC	銀行・農協 信金・信組	DEF	本店 支店	種別	口座番号					
	金融機関コード	()	支店コード	()	普通	0123456					
	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 あり
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠
場合は、療養費の全部又は一部を差し止める

●口座番号が6ケタ以下の場合は右詰めで記入してください。
●口座名義人の姓と名の間は1文字空けてください。

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

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	住所	〒	●被保険者以外の口座に振り込む場合は□に✓をし、「受領者」に口座名義人を記入してください。（被保険者本人の口座であれば受領者欄の記入は不要です。）
受領者 (上記口座名義人)	氏名	()	

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	住所	〒	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。
来庁者	氏名	()	

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