

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	← 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	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

被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。

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。

口座振込依頼欄	金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	種別	口座番号
		<p>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。</p>			
口座名義人		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

(〒 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

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。

(上記口座名)

来庁者

(申請書の提出者)

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。

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
<p>こちらの欄は記入不要です。</p>			入力	
割合差額・()				