

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	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		
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）				

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

☐ 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	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 ()						
	フリガナ									
	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。

申請者 (被保険者・申立人)	住所	〒		申請日	令和	年 月 日
				被保険者との続柄		
	氏名			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。

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
受領者 (上記口座名義人)		氏名			
				電話番号 ()	

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	住所	〒		申請者との続柄	
来庁者		氏名			
				電話番号 ()	

受付印	受付日	令和	年 月 日
	市町村受付	市町村担当	

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・()				