

後 期 高 齢 者 医 療  
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	39233614	個人番号			
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	年 月 日	
公費受給者番号			入外	割合	割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日	から	
診療日数	日		年 月 日	まで	

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店 ・ 支 店 ( )				預 金 種 別	普 通 当 座 ( )
口座番号							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄)

代 理 人(住所) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_  
(連絡先) \_\_\_\_\_ (被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)

この申請書における療養費の申請に関すること。 この申請に基づく療養費の受領に関すること。

被保険者(住所) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

市区町村確認欄

受		入		確	
付		力		認	

広域連合確認欄

確		訂	
認		正	

補装具の申請に必要な添付書類  
医師の証明書 領収書 装着証明書

移送費の申請に必要な添付書類  
医師の意見書 移送に係る費用の領収書

海外療養費の申請に必要な添付書類  
診療明細書(翻訳文を添付) 領収書

自費診療分の申請に必要な添付書類  
診療報酬明細書 領収書