

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		個 人 番 号	
被 保 険 者 番 号		療 養 を 受 け た 人	被 保 険 者 氏 名
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日
公 費 受 給 者 番 号			入 院 ・ 外 来
診 療 年 月		療 養 期 間	年 月 日 から
診 療 日 数			年 月 日 まで

種 類	
疾 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	
支 給 申 請 を し た 由	
発 病 又 は 負 傷 の 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		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		自 己 負 担 割 合	割

支 払 金 融 機 関	支 払 区 分	口 座 振 込	預 金 種 別	1 : 普通 2 : 当座 3 : 4 :	銀行 支店・本店 農協 支店・本店 信組 支店・本店 金庫 支店・本店
	金融機関コード				
	口座番号			口座名義人 (カタカナ)	

公金受取口座を利用します。
 ※ 給付金等の受取口座として、国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、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	申請者 氏名	
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____
	代理人の 住 所	郵便番号 _____