

後 期 高 齢 者 医 療  
療 養 費 支 給 申 請 書

受 付 日 令和 年 月 日  
決 定 日 令和 年 月 日

太枠内を記入

|         |          |   |   |   |   |   |   |   |                       |                   |          |       |  |          |  |  |  |  |  |   |  |
|---------|----------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|-------------------|----------|-------|--|----------|--|--|--|--|--|---|--|
| 保険者番号   | 3        | 9 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 9 | 個人番号                  | マイナンバーがわからない場合は空白 |          |       |  |          |  |  |  |  |  |   |  |
| 被保険者番号  |          |   |   |   |   |   |   |   | 療<br>受<br>け<br>を<br>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               |          | 入院か外来 |  | ここは記入しない |  |  |  |  |  | 割 |  |
| 診療年月    | 年 月 日    |   |   |   |   |   |   |   | 療養期間                  |                   | 年 月 日    |       |  |          |  |  |  |  |  |   |  |
| 診療日数    | ここは記入しない |   |   |   |   |   |   |   |                       |                   | ここは記入しない |       |  |          |  |  |  |  |  |   |  |

|                  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 種 類              | 治療用装具    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷 病 名            | 別紙のとおり   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療を受けた医療機関等の所在地  | ここは記入しない |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | ここは記入しない |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|               |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |                |  |      |                 |
|---------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|----------------|--|------|-----------------|
| 振 込 先         | 被保険者の口座 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店 ・ 支店<br>( ) |  | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |
|               |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |                |  |      |                 |
| 口座番号□         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |                |  |      |                 |
| 口座名義人<br>(カナ) |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                   |                |  |      |                 |

口座を記入か、公金受取口座に☑のいずれか

- ☐ 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(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づ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。

令和 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

〒 住 所

申請者＝被保険者

氏 名

連絡先