

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号					個人番号				
被保険者番号					療養を受けた	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									
診療薬剤の支給又は 手当を受けた保険医 療機関等の名称及び 所在地	名 称								
	所在地								
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養を受けることが できなかった理由	1. 保険医療機関でない医療機関で受診理由( )				3. 補装具を装着した。				
	2. マイナ保険証又は資格確認書を提出しなかった。 理由： 旅行・紛失・その他( )				4. 生血の提供を受けた。				
発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等)				2：その他(疾病等・自損事故)				
疾病又は負傷が第三 者の行為によるもの であるときはその者 の住所及び氏名	住 所								
	氏 名								
傷病の経過					療養の内容				
療養に要した 費 用 額	円				食事回数		回		
審査認定額※	円				食事療養に要した 費 用 額		円		
一部負担金※	円				食事標準負担額		円		
支給金額※	円				※の欄は記入不要です。				
受取口座	<input type="checkbox"/> 被保険者の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、 上記の「 <input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します。」にチェック(レ)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。								
振 込 先	金融機関名						口座種別		
	銀 行・信用金庫 農 協・信用組合 ( )			店 ( )			普 通・当 座 ( )		
	口座番号			フリガナ					
			口座名義人						
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 (あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 ( ) —									

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

委 任 欄	(あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長								
	私はこの療養費支給申請を下記の者に委任します。								
	委任する人(被保険者)								
	住 所								
	氏 名								
委任を受ける人									
住 所									
氏 名									
委任する人(被保険者)との関係									