

後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号		被保険者番号	
被保険者氏名			
生年月日	年	月	日
		性別	男・女

種類	一般診療・海外診療・補装具・()		
診療年月	年	月	日
	入外区分	入院・外来	給付割合
			7割・8割・9割
傷病名		傷病年月日	年 月 日
原因	一般疾病・第三者行為・その他()		
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名			
療養の給付を受けることができなかった理由	1 保険証を提示しなかった(理由: 旅行・紛失・その他()) 2 補装具の装着 3 生血の提供を受けた 4 その他()		
療養の期間	年	月	日

療養に要した費用額	円	一部負担額	円	支給金額	円
審査認定額	円				

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()			本店 支店 出張所		
	金融機関コード			店舗コード		
預金種目	普通・当座・貯蓄			・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。		
口座番号						
口座名義人(カタカナ)						

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

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、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

年 月 日

〒

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 電話番号 _____ ()

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------