

富山県後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	1	6						被保険者番号	0									
被保険者氏名																				
生年月日	明治・大正・昭和 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				入外区分	入院・外来				給付割合	7割・9割									
傷病名											傷病年月日	令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																			
療養に要した費用額	円				一部負担額					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。

令和 年 月 日

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ ()

市町村確認欄	☐ 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------