

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

個人番号	012345678901									
被保険者氏名	広域 花子									
生年月日	明治・大正・昭和 ○年○月○日									
入 外	割合		7割・8割・9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	証明書等に記載の装具名等									
傷 病 名	証明書等に記載の傷病名等									
診療を受けた医療機関等の所在地	藍住町○○○○○○番地									
診療を受けた医療機関等	○○病院									
支給申請をした理由										
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) ○ 2:その他(自損事故・疾病等)									

※傷病の原因が交通事故等の場合、事業課求償係までご連絡下さい。

療養に要した費用額	¥	○	○	○	○	○	食事回数							
審査認定額 ※1							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。

振込先金融機関の欄	銀行		本店(所)		預金種別		① 普通							
	金庫		支店		2 当座									
	組合		支所		3 その他									
	農協		出張所		金融機関コード									
()		()		支店コード										
口座番号(7桁)		0	1	2	3	4	5	6						
口座名義人	カナ	コ	ウ	イ	キ		ハ	ナ	コ					
	漢字	広	域		花	子								

口座名義人は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。

委任状	私は、次の者を代理人と定め、後期高齢者医療療養費の受領に関する一切の権限を委任します。									
	代理人(口座名義人) 住所									
	氏名									
委任者(被保険者) 氏名										

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
徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者 住所 藍住町○○○○○○番地
氏名 広域 花子
連絡先 012 - 345 - 6789
届出人(記入者) 氏名 広域 太郎
電話番号 987 - 654 - 3210

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 住民票の写し	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
	☐ 職員が記載	☐ 介護保険被保険者証	()	()