

後期高齢者医療療養費(一般)支給申請書

記入例

保険者番号	3 9 0 4 1 2 3 4	個人番号	0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名 (生年月日)	広域太郎 (明・大・昭 5年 4月 3日)

該当箇所に☑をつけてください

以下のとおり、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。

平成 ○○年 4月 1日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 広域太郎 (印)

連絡先 ☎ 022-266-1021

〒 981-0011

住所 仙台市青葉区上杉1丁目2-3

添付書類

- ・診療報酬明細書 (レセプト)
- ・領収書
- ・通帳の写し

(受付日付印)

● 療養に関すること

- ・該当箇所に☑をつけてください。
- ・1割の保険証の方は9割、3割の保険証の方は7割となります。

傷病名	末梢性眩暈症、脱水症	発病または負傷の理由	長時間屋外にいたため
支給申請した理由	救急搬入により被保険者証の提示ができず、10割負担をしたため		
医療機関所在地	〒△△△ - △△△△ △△市△△区△△△△-4-3-2		
医療機関名称	△△市立病院	担当医師名	給付 一朗
診療年月	平成 ○○年 3月	給付区分	<input type="checkbox"/> 入院9割 <input type="checkbox"/> 入院7割 <input checked="" type="checkbox"/> 外来9割 <input type="checkbox"/> 外来7割
診療期間及び日数	平成 ○○年 3月 1日	平成 ○○年 3月 1日	1日間
療養に要した費用額	28,500 円		

● お振込先

- ・振込先口座は原則として、申請者本人の口座を指定してください。
- ・やむを得ず申請者以外の口座に振込みをご希望される場合は、裏面委任状にご記入ください。

振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
	金融機関コード	店舗コード	
口座番号	1 0 2 0 3 0 4	・口座番号は7桁となります。 ・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(カタカナ)	コウイキ タロウ		
	・姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。 ・小文字を含む文字(例:イリヨウ)は、すべて大文字(例:イリヨウ)で記入してください。		

様式 H28.1~	市区町村 確認欄	入力 <input type="checkbox"/> 入力不要(窓口端末)	メモ			
	広域連合 確認欄	療養に要した費用額	円	一部負担金相当額	円	支給予定金額 円
		療養に要した費用額	円	一部負担金相当額	円	支給金額 円