

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
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・明 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。

令和 ○○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 (広域) 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)

保険証を提示できなかった理由を詳しく確認願います。提示できないことがやむを得ないと判断できる場合に限り、支給の対象となります。

● 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、7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	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (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	令和 ○○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	令和 ○○年 3月 1日	令和 ○○年 3月 1日	1日間
療養に要した費用額	28,500 円		

申請書は月別、医療機関ごとに作成のうえ、申請願います。

● お振込先

- ・ 振込先口座は原則として、申請者本人の口座です。
- ・ やむを得ず申請者以外の口座に振込みをさせていただきます。

振込先	〇〇	<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	1 2 3 4	店舗コード	0 0 1			
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。			該当箇所に☑をつけてください	
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 R元.5~	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