

後期高齢者医療療養費(一般)支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)

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 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名 _____

連絡先 ☎ _____

〒 _____

住 所 _____

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		<ul style="list-style-type: none"> ・該当箇所には☑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		発病または負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 ()
支給申請した理由			
医療機関所在地	〒 _____		
医療機関名称	担当医師名		
診療年月	令和 年 月	給付区分	<input type="checkbox"/> 入院9割 <input type="checkbox"/> 入院7割 <input type="checkbox"/> 外来9割 <input type="checkbox"/> 外来7割
診療期間及び日数	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日間
療養に要した費用額	円		

● お振込先		<ul style="list-style-type: none"> ・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、裏面委任状に記入してください。 	
振込先	<input 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 type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	<input 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	預金種目
口座番号	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 		該当箇所には☑をつけてください
口座名義人(カタカナ)	<ul style="list-style-type: none"> ・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
		療養に要した費用額	円	一部負担金相当額
				支給予定金額
				支給金額
				円
				円

後期高齢者医療療養費(一般)支給申請書(裏面)

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を、下記代理人に委任します。委任日 令和 年 月 日

代理人	住所	〒 —		
	氏名			
	申請者との関係		連絡先	— —
申請者	住所	〒 —		
	氏名			