

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
<ul style="list-style-type: none"> ・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		・該当箇所には☑をつけてください。 ・保険証が1割の方は9割、2割の方は8割、3割の方は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(疾病・自損事故等)
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"/> 9割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割
診療期間及び日数	令和 年 月 日	入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
療養に要した費用額	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"/> ()	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	金融機関コード	店舗コード	
口座番号	・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(かたがた)	姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。		
□ 公金受取口座を利用します。 ※マイナンバーとともに国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は☑してください。公金受取口座を利用する場合、口座情報の記載は不要です。 ※マイナポータルで公金受取口座を変更した場合は、お住まいの市区町村へ口座変更届の提出が必要です。			

様式 R5.4~	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

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								