

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 ・該当箇所には☑をつけてください。
・負担割合が1割の方は9割、2割の方は8割、3割の方は7割の給付となります

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 (①〜記入または②〜☑してください)

① 指定する口座へ振込	金融機関コード	<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
	口座番号	・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座番号は7桁となります。		該当箇所には☑をつけてください
	フリガナ			
	口座名義人			
② 公金受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 注意: 市区町村に届出している口座や年金の受取口座ではありません。 ※マイナンバーとともに国に事前登録した、マイナンバーカードと紐づけしている口座です。 (マイナンバーカードを作成していない方や口座を登録していない方、相続人の方、被保険者以外の口座に振り込み希望の方は利用できません。) ※公金受取口座を利用する場合、①の口座情報の記入は不要です。 ※公金受取口座を登録しているか不明の場合は、①に口座情報を記入してください。			

様式 R7.4~	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)

【委任欄】 私(申請者)は、下記代理人に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者(申請者) 氏名 _____

受任者(代理人) 氏名 _____