

# 後 期 高 齢 者 医 療

## 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日                    年    月    日  
 決定日                  年    月    日

保険者番号		療 養 を 受 け た 人	被保険者氏名	
被保険者番号			生 年 月 日	年 月 日
公費負担者番号			入 院 ・ 外 来	
公費受給者番号			年 月 日 から	
診療年月		療 養 期 間	年 月 日	から
診療日数			年 月 日	まで

種 類	
疾 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)    2 : その他 (自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額		自 己 負 担 割 合	割

支 払 金 融 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1 : 普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2 : 当座	農協	支店・本店
				3 :	信組	支店・本店
	口座番号			4 :	金庫	支店・本店
					口座名義人 (カタカナ)	

上記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。

年    月    日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。                    年 月 日	
	申請者	氏名 _____ ㊞
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ ㊞
	代理人の住所	郵便番号 _____