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		個人番号		
被保険者番号		療養を受けた人	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年　月　日
公費受給者番号			入院 ・ 外来	
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 2：当座 3： 4：	銀行　支店・本店 農協　支店・本店 信組　支店・本店 金庫　支店・本店
	金融機関コード				
	口座番号		口座名義人（カタカナ）		

上記のとおりに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

申請者　住　所

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　　－