

高齢者医療療養費支給申請書

記入例

個人番号																
被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	医療種別	5	割合	7割	8割	9割	
被保険者氏名 (患者名)		芦屋 太郎								公費負担者番号						
生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日								受給者番号		公費受給者負担額 円				
住民コード										後期高齢者医療資格取得日		年 月 日				
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地										発病又は負傷の原因			1. 第三者行為（交通事故等） 2. その他（自損事故・疾病等）			
従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名										支給申請をした理由						
種 類										表 別			入 院		外 来	
1		2		3		4		5		7		8		9		
一般診療 国内/海外		治療用 装 具		柔 整		アンマ・ マッサージ		ハリ・灸		移送		その他		標準負担 差額支給		
1		3		4		7		9		1		3		4		
医科		歯科		調剤		一般		7割		一般		7割				
傷病名		別紙のとおり								療養等に 要した期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間（食）		
負傷年月日		年 月 日								療養等に要した費用		審査決定金額				
ハリ・灸・アンマ マッサージ		初検日 年 月 日 第 回														
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。										手続きされる方についてご記入ください。						
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 申請者 〒 659-0000 住所 芦屋市〇〇町〇〇番〇〇号										〇〇年〇〇月〇〇日						
氏名 芦屋 太郎										電話 (0797) 00 - 0000		被保険者 との続柄 本人				
受取 方法		2 口座振込								保険者番号		3928				
預金 種別		1 普通 芦屋 銀行 本店 金 2 当座 芦屋 信用金庫・組合 支店 額 4 貯蓄 (協同組合) (出張所)														
口座番号 (右語で記載)		1 2 3 4 5 6 7														
口座 名義人 (カナ)		ア シ ヤ タ ロ ウ														
*口座名義人欄は、上段からカタカナで記入願います。 *濁点(・)、半濁点(゜)は1文字として記入願います。(最大40文字) *姓と名の間は、1マス空けて記入願います。										海外療養費 渡航先国名 () 受領者 () 1有 2 単位 ()						
下記のとおり決定します。 年 月										振込口座についてご記入ください。 被保険者以外の口座への振込を希望場合は、委任状及び委任者の本人確認書類の写しが必要です。						
総療養費		一部負担金		支給決定額												