

(様式第22号)

# 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	被 保 険 者 名	男 ・ 女	
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	年	月 日
公 費 受 給 者 番 号			入 外	割 合	割
診 療 年 月	年	月	療 養 期 間	年	月 日 から
診 療 日 数	日			年	月 日 まで

種 類	0101 医 科	0301 歯 科	0401 調 剤	02 補 装 具	03 柔 整	04 マ ッ サ ー ジ	05 は り き ゅ う	06 生 血	07 移 送	
傷 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 又 は 施 術 師										
支 給 申 請 を し た 理 由										
発 病 又 は 負 傷 の 理 由										

療 養 に 要 し た 費 用 額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額 ※ 1		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			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行	本店・支店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座
	信 用 金 庫			
	信 用 組 合			
	協 同 組 合			
	( )			
口 座 番 号 等 左 詰 記 載 し て 下 さ い				
口 座 名 義 人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

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

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

連 絡 先 \_\_\_\_\_