

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		
公費負担者番号			生年月日		年 月 日
公費受給者番号			入外	入・外	割合
診療年月	令和 年 月	療養期間	令和 年 月 日 から		
診療日数	日		令和 年 月 日 まで		

種 類	0101	0301	0401	02	03	04	05	06	07	
	医科	歯科	調剤	補装具	柔整	マッサージ	はりきゅう	生血	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	<input type="checkbox"/> 第三者行為(相手のいる交通事故等)					<input type="checkbox"/> 自損事故(相手のいない交通事故等)				
	<input type="checkbox"/> その他(転倒・疾病等)									

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
-----	-----------------------------------	--------------	------	----------

口座番号	※口座番号は左詰めで記入してください。
------	---------------------

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詰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。
-------------	---

公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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。

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申 請 者 住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

記入例(申請者記載例)

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

被保険者について記載してください。

保険者番号		個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者名	山梨 太郎 男・女
公費負担者番号		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
公費受給者番号		入外	入院 割合 9 割
診療年月	令和 〇〇 年 〇〇 月	療養期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで
診療日数	1 日		

〇診療年月は意見書(指示書)に記載の「指示日、採寸・採型日」の属する月を記載してください。

種類	0101 0301 0401 02 03 04	傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	山梨県〇〇市〇〇1234	診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院
支給申請をした理由	医師の診断により、治療用装具を必要としたため	発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為(相手のいる交通事故等) <input type="checkbox"/> 自損事故(相手のいない交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(転倒・疾病等)

傷病名、診療を受けた医療機関、申請理由、発病理由について記載してください。

被保険者本人の名義の口座を記載してください。
※被保険者本人以外の口座への入金を希望する場合は、委任状を添えてください。

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	

該当するものに〇をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの箇所記載不要です。

振込先	山梨〇〇	銀行	信用金庫	本店	支店	預金種別	普通
口座番号	0 0 1 2 3 4 5	※口座番号は左詰めで記入してください。					
口座名義人(カタカナ)	ヤマナシ タロウ	※口座名義人はカタカナで上段より左詰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。					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。							
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。							
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。							

被保険者について記載してください。

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。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 山梨県〇〇市〇〇123

氏名 山梨 太郎

連絡先 055-〇〇〇-〇〇〇〇

<添付書類>

- ・医師の意見書(指示書)
- ・領収書
- ・明細書(内訳書)
- ・委任状
- ・誓約書
- ・相続関係のわかる書類

※購入した治療用装具の明細が領収書に記載されていない場合、明細書を添付してください。

※被保険者本人以外の口座への入金を希望される場合、その旨を記載した委任状を添付してください。

※被保険者死亡により、相続人が申請する場合、添付してください。