受付印

# 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 | | 療受養けをた | 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　外 | | 割合　割 |
| 公費受給者番号 | | | | | |
| 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 | 一般診療　海外診療　補装具　柔整　マッサージ　鍼灸　移送　その他（　　） |
| 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 | 1．療養の給付対象外のため　　2．その他（　　） |
| 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） |

審査済印

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 銀　行<br>信用金庫<br>農　協<br>（　　） | 本店<br>支店<br>出張所<br>支所<br>※金融機関コード | 普通<br>当座<br>その他<br>（　　） | 口座番号 | |
| | | | | 口座名義人（カタカナ） | |

※欄は記入しないで下さい。

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

愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住　所

氏　名　　印

連絡先（電話）

| 受付 |
|---|
| |
| 入力 |
| |
| 確認 |
| |