

《申請書記入例》

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

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名	** ** ** *
公費負担者番号			生年月日	昭和**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	{一般診療、海外診療、補装具、負担割合差額}等 該当するものを記入してください。
傷病名	** ** ** ** 症
診療を受けた医療機関等の所在地	埼玉県**市(区町村)
診療を受けた医療機関名又は施術師	医療法人** ** ** ** 病院
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: 自損事故 ③ 疾病等

医師の証明書のとおり
記入してください。

該当するものに○をつけて
ください。

療養に要した費用額		食
審査認定額		療養に
一部負担金		食事
支給金額		

被保険者本人名義の口座を
記入してください。
被保険者以外の口座にする
場合、委任状が必要です。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

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 (左詰めで記入)			
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人欄は、カタカナで上段から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字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者は、被保険者本人となります。
本人が記入できない時は、
代筆でも差支えありません。

関係する証拠書類を添えて申請します。

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____