

後期高齢者医療 療養費支給申請書

保険者番号		被保険者番号	
個人番号			
公費負担者番号		公費受給者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
診療年月	年 月	入・外	3割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ）
診療日数	日	診療期間	年 月 日～ 年 月 日
種類		傷病名	別添のとおり
医療機関等名称・所在地	別添のとおり		
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：その他（自損事故・疾病等）		

療養に要した費用額	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
円	円	円	円

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()		本店支店 ()		種別	口座番号			
	金融機関コード		支店コード		普通 ()				
	口座名義人		フリガナ 氏名						

群馬県後期高齢者医療広域連合長あて
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。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、療養費の全部又は一部を差し止めることに同意します。

年 月 日
(〒 -)

住 所

申請者

(被保険者・申立人) 氏 名

被保険者との続柄 ()

電話番号 ()

私は下記の受領者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

住 所

受領者

(上記口座名義人) 氏 名

申請者との続柄 ()

電話番号 ()

(〒 -)

住 所

来庁者

(申請書の提出者) 氏 名

申請者との続柄 ()

電話番号 ()

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付者印	市町村担当者印

広域記入欄	支給決定日		年 月 日		広域担当
	金額	資格	不備	入力	
	海外・一般・マッサージ・移送・割合差額・()				

記載例 ※グレーは市町村が記入

- ブランクの申請書を使用する場合は、市町村で被保険者情報を記入し、記入漏れのないようにしてください。
- 個人番号欄については、本人確認がとれれば市町村で記入してください（空欄でも返戻しません）。

保険者番号	39100000
個人番号	
公費負担者番号	公費負担者番号
被保険者氏名	広城 太郎
生年月日	明

●補装具の診療期間は採型・採寸日を記入してください。

診療年月	平成 31年 4月	入・外	入院	3割
●療養費の種類を記入してください。		平成 31年 4月 10日	～	平成 31年 4月 10日

種類	補装具	傷病名	別添のとおり
医療機関等名称・所在地	●負傷理由が第三者行為である場合は、届出の有無を確認してください。		
支給申請をした理由	●一般診療は、支給申請をした理由を必ず記入してください。		
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）	

●領収書の金額を記入してください。

療養に要した費用額	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
31,702円	円	円	円

- 当座、貯蓄預金は種別の（ ）内に記入してください。
- 「金融機関コード」、「支店コード」は空欄でもかまいません。

口座振込依頼欄	群馬 銀行・農協 信金・信組 ()	金融機関コード	支店コード	(貯蓄) 0 1 2 3 4 5 6
	口座名義人	フリガナ	コウイキ ハナコ	
	氏名	広城 花子		

●書類の不備等で申請書を再提出する場合、申請日には再提出日（市町村が受理した日）を記入してください。じ、法令等します。

群馬県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり療養に要した費用で規定する一定の要件を満たした	令和 元年 5月 10日
---	--------------

●被保険者以外の口座に振り込む場合は□に✓をし、「受領者」に口座名義人を記入してください。

●「申請者」に被保険者（または申立人）を記入してください。

被保険者との続柄 (本人)	氏名	広城 太郎	電話番号	012 (234) 4567
<input checked="" type="checkbox"/> 私は下記の受領者を代理人と定め、標準負担額差額の受領に関する権限を委任します。	住所	群馬県前橋市大渡町11-1		
受領者 (上記口座名義人) 氏名	広城 花子	申請者との続柄 (妻)	電話番号 012 (234) 4567	

●申請者以外が申請書を持参する場合は、「来庁者」に申請書の提出者を記入してください。申請者が持参する場合及び郵送受付の場合は記入不要です。

来庁者 (申請書の提出者) 氏名	広城 一郎	住所	群馬県前橋市大渡町11-1	申請者との続柄 (子)	電話番号	012 (234) 4567
------------------	-------	----	---------------	-------------	------	----------------

注：来庁者が上記申請者に同じ場合は記入不要です。

市町村受付者印	市町村担当者印	支給決定日	年 月 日	広域担当	
		広 金額	資格	不備	入力



●書類を受け付けた職員は「市町村受付者印」欄（郵送の場合は不要）に、書類内容不備を確認した職員は「市町村担当者印」欄に、(同じ職員の場合は両方に) 記名もしくは職員の印を押印してください。