

後期高齢者医療療養費支給申請書

※枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は()内に記入してください。

保険者番号		個人番号			
被保険者番号	0	被保険者氏名			
公費負担者番号					
公費受給者番号		生年月日	明・大・昭	年	月
診療年月	年	月	入院外来区分	入院・外来等	負担割合
診療日数	日	療養期間	月	日	～
			月	日	

種類	1 一般 2 海外 3 治療用装具 4 柔道整復 5 マッサージ 6 鍼灸 7 移送 8 生血 その他()				
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					
支給申請した理由	装具製作者は保険医療機関でないため				
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)以外				

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			
一部負担金相当額		食事標準負担額			
支給金額					

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店支店出張所	()	預金種別	普通当座貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。⇒				
口座番号					
口座名義人(カタカナ)					

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 福知山市

氏名

電話番号

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市後期高齢者医療事業に係る事務に使用します。