

後 期 高 齢 者 医 療  
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日  
決定日 平成 年 月 日

保険者番号					療 養 受 け 取 った	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	平成	年	月		療 養 期 間	平成	年	月	日	から
診療日数			日			平成	年	月	日	まで

種 類	
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	

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 ( )
-------	------------------------------------	--------------	---------	----------------

口座番号等 <small>左記載して下さい</small>	
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づ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。

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。

平成 年 月 日

山形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 \_\_\_\_\_