

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 年 月分

保険者番号		個人番号							
被保険者番号		被保険者氏名							
公費負担者番号		生年月日	1 明治・2 大正・3 昭和 年 月 日						
公費受給者番号		入 外	入院・外来 割合 割						
種 類	01 一般診療・02 海外療養費・03 治療用装具・04 柔道整復術・05 あんま・マッサージ・06 はり・きゅう 07 移送費・08 生血・49 その他療養費・52 負担割合差額・99 その他差額								
傷 病 名		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">転 帰</th> </tr> <tr> <td>治 癒</td> <td>死 亡</td> <td>中 止</td> </tr> </table>		転 帰			治 癒	死 亡	中 止
転 帰									
治 癒	死 亡	中 止							
発病負傷年月日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間						
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地									
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名	医療機関番号								
支給申請をした理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。	発病の原因							
	② 医師の同意によりあんま・マッサージ、はり・きゅうの施術を受けたもの。	傷病の経過							
	③ その他 ( )	療養内容							
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)								
備 考	年 月 日付 同意書提出済								

療養に要した費用額	円	食 事 回 数	回
審 査 認 定 額 ※	円	食 事 金 額	円
一 部 負 担 金	円	食 事 標 準 負 担 額	円
支 給 金 額	円		

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 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	( )	( )	1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )				
	金融機関コード	店舗コード	(フリガナ)				
			口座名義人				

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類 (領収書及び診療内容の明細書) を添えて申請します。

年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者 (申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

注 ① 傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出てください。  
 ② 暦月ごとに作成してください。 ※印の箇所は記入しないでください。  
 ③ 「種類」欄の「07 移送費」については、必ず個人番号を記載してください。