

記入例

後期高齢者医療費支給申請書

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

※医師の補装具装着証明書、補装具の領収書
(原本)を添付してください。

保険者番号	3 9 4 3 5 3 1 8	個人番号	12桁のマイナンバー			
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療養を受けた	被保険者氏名	芥北花子		
公費負担者番号			生年月日	昭和22年 1月 1日		
公費受給者番号			入・外	入	割合	9 割
診療年月	令和 4 年 1 2 月	療養期間	年 月 日 から			
診療日数	日		年 月 日 まで			

種類	膝装具 (医師の装着証明書に記載があります)		※担当が後で記入するので空欄でもOK
傷病名	膝関節症 (医師の装着証明書に記載があります)		
診療を受けた医療機関等の所在地	熊本県天草郡芥北町志岐660番地		
診療を受けた医療機関名又は施術師	芥北病院		
支給申請をした理由	※特段の事情がなければ空欄可		
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	1 0 0 0 0	食事回数	※必ず確認
審査認定額	※費用額のみ記入で可		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	芥北町農業	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	0 1 2 3 4 5 6			
口座名義人 (カナ)	レイホクハナコ			

※マイナンバーカードに登録されている口座を希望される場合は☑をお願いします

公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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。

令和 5 年 1 月 1 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

※被保険者名で申請

〒863-2503

住所 熊本県天草郡芥北町志岐660番地

氏名 芥北花子

連絡先 0969-35-3330