

記入例

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

※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	1 2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	荅北花子	
公費負担者番号			生年月日	昭和2年1月1日	
公費受給者番号			入院・外来	割合	9割
診療年月	令和2年1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	熊本県天草郡荅北町志岐660番地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	荅北病院	
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○をつけて下さい。該当するものがない場合は()内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振込先	荅北町農業	銀行	本所	支店	預金種別	普通
		信用金庫	()	()	当座	()
		信用組合				
		協同組合				

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

口座名義人はカタカナで記入して下さい。※被保険者本人名義以外の口座を希望する場合は委任状も必要

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2年1月1日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

〒863-2503

申請者 住所 熊本県天草郡荅北町志岐660番地

※被保険者名で申請

氏名 荅北花子

連絡先 0969-35-3330