

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3 9 0 3 4 6 1 6	個人番号	
被保険者番号		被保険者 氏 名	
公費負担番号			
公費受給者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
診療年月	年 月	入院・外来 療養期間	年 月 日から
診療日数	日		割 合

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	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	食 事 回 数
審 査 認 定 額	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()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 口 座	銀 行 信用金庫 農 協 ()	支 店 支 所 出 張 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座	
	口座番号				
	カタカナ				
	口座名義人				

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、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 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 ー ー

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____