後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日　令和　年　月　日
決定日　令和　年　月　日

保険者番号		療養を受けた	個人番号（マイナンバー）		
被保険者番号			被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	年　月　日	
公費受給者番号			入　外		給付割合　割
診療年月日	年　月				
診療日数	日	療養期間	年　月　日　から 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（該当の番号に○をつけてください）	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 左詰記載して下さい				
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。

上記のとおりに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
大分県後期高齢者医療広域連合長様

〒　－

申請者　住　所
氏　名　　連絡先

委任状	令和　年　月　日 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所　　氏　名

【記入例】

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日　令和　年　月　日
決定日　令和　年　月　日

保険者番号		療養を受けた	個人番号（マイナンバー） 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		被保険者氏名 広域　太郎
公費負担者番号			生年月日 明・大・(昭) **年 **月 **日
公費受給者番号			入外 入院 ／ 給付割合 9 割
診療年月日	令和 **年 **月		
診療日数	* * 日	療養期間	年 月 日 から 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（該当の番号に○をつけてください）	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	ゆうちょ	(銀行) 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	七二八	本店 (支店) （　　）	預金種別 (普通) 当座 （　　）
口座番号等（左詰記載して下さい）	0 1 2 3 4 5 6				
口座名義人（カタカナ）	コ ウ イ キ　タ ロ ウ				

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。

上記のとおりに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
大分県後期高齢者医療広域連合長様

申請者　〒 870－0037
住所　大分市東春日町17番20号
氏名　広域　太郎　　連絡先　097-534-1771

委任状	令和　年　月　日 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿