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

保険者番号	○○○○○○○○	個人番号	○○○○○○○○○○○○		
被保険者番号	○○○○○○○○	療養を受けた	被保険者氏名	広域　太郎	
公費負担者番号			生年月日	○○年○○月○○日	
公費受給者番号			入外	外	割合　1割
診療年月	○○年　○月	療養期間	○○年　○月□○日から		
診療日数	○○日		○○年　○月□○日まで		

種　　類	補装具、一般診療、等
傷　病　名	○○○○○○○○
診療を受けた医機関等の所在地	茨城県○○市○○町○○番地
診療を受けた医療機関名又は施術師	○○○○病院
支給申請をした理由	○○○○○○○○○○
発症又は負傷の理由	第三者行為　　第三者行為外の一般疾病

療養に要した費用額	○○○○○	食事回数	
審査認定額　※1		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（左詰記載してください）	○○○○○○○				
口座名義人（フリガナ）	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。

○○年　○○月　○○日

茨城県後期高齢者医療広域連合長　宛て

申請者　住　所　○○市○○町○○番地
氏　名　広域　太郎　印
連絡先　○○○-○○○-○○○○