

後期高齢者医療 療養費等支給申請書

太枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は()内に記入してください。

個人番号											
被保険者番号	0									被保険者氏名	
公費負担者番号											
公費受給者番号									生年月日	明・大・昭	年 月 日
診療年月		年	月	入院外来区分	入院・外来等	負担割合	1割・3割				
診療実日数			日	診療期間		月	日	～	月	日	

種類	1 一般 2 海外 3 治療用装具 4 柔道整復 5 マッサージ 6 鍼灸 7 移送 8 生血 その他()					
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等の名称						
医療費全額を支払ったやむを得ない理由						
発病又は負傷の理由						

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			
一部負担金相当額						食事標準負担額			
支給金額									

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						本店 支店 出張所 ()			預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。⇒										
口座番号											
口座名義人 (カタカナ)											

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

〒

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____