

後期高齢者医療療養費支給申請書

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。

保 険 者 番 号								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 ・ 2 割 ・ 3 割							
診 療 日 数					日	療 養 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 52 負担割合差額 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名又は施術師						
支給申請した理由						
傷病の原因	☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ 第三者行為(交通事故等)以外					

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。

上記のとおり療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。	
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
	電話番号