後期高齢者医療療養費支給申請書

| 受付日 | 年 | 月 | 目 |
|-----|---|---|---|
| 決定日 | 年 | 月 | 日 |

| 保険者番号 | 3 | 9 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 | 8 | 個人番号 | | | | | | | | | | $\overline{//}$ |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|----|------|---|----|---|----|---|----|---|-----------------|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | 按 巠 | 被保 | 険者氏名 | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | 療 養 を た | 生 | 年月日 | | 昭和 | | | 年 | | 月 | 日 |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | & 1. | | 入外 | | | | 割合 | | | | 割 |
| 診療年月 | | | | | 年 | | 月 | | 療養期間 | ∃ | | 年 | | 月 | F | 1 | から | | |
| 診療日数 | | | 日 | | | | | | 原食 別旧 | 1] | | 年 | | 月 | F | 1 | まで | | |

| 種類 | 補装具 |
|---------------------|----------------------------------|
| 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 | |
| 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 | 查 | 認 | 定 | 額 | | | | | 療養に要した費用額 |
| _ | 部 | 負 | 担 | 金 | | | | | 食事標準負担額 |
| 支 | 糸 | <u>^</u> | 金 | 額 | | į | | | |

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 () | | | | | | 普通 | | |
|-----|------------------------------------|--|--|--|----------------|----------------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|-------------------|------|----|--|---|
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | 預金種別 | (| |) |
| 左訴 | 座番号等 吉記載して 下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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。

年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 平群町

氏 名

連絡先