

保険者番号	3	9	2	9	3	4	2	8
被保険者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								
診療年月	年 月							
診療日数			日					

個人番号																		/	/	/	/	/
療養を受けた を	被保険者氏名																					
	生年月日		昭和					年					月					日				
	入外							割合					割									
療養期間	年 月 日から																					
	年 月 日まで																					

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 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																	

[illegible]

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。

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