

記載例（療養費コセット）

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

②被保険者の氏名を記入してください。

③被保険者の生年月日を記入してください。

決定日	年	月	日	療養期間	月	日	日
保険者番号	3	9	1	8	2	0	1
被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5
公費負担者番号							
公費受給者番号							
診療年月	平成20年			7	月		
診療日数							
療養期間							

種 類	治療用装具
傷 病 名	骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇市〇〇町12-3
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	自宅の階段から転落

療養に要した費用額	1	3	7	0	0	食 事 回 数		
審 査 認 定 額						療 養 に 要 し た 食 事 標 準 負 担 額		
一 部 負 担 金								
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。

⑪金融機関を記入してください。

先	〇	〇	銀行	〇	〇	本店・支店	預金種別	普通
			信用金庫			()		当座
			協同組合					
			信用組合					

口座番号等 左づめ記載して下さい	3	4	5	6	7	8	0
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	シ	・	ロ

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

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添

なお、本申請書に基づく療養費の受領を上記振込先の名義人に委任します。

(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、 にレ点をつけて下さい。)

平成20年 7月 15日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

⑮受取口座を他の方の口座とする場合、この口にし点を付けてください。

申請者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇
市町受付印		〇〇市△△町34-5
	氏名	広域 次郎

⑯
②と同じ被保険者の氏名等を記入してください。
印鑑を忘れずに押してください。

保険者との続柄	本人
話	××××-××××-××××
日中連絡が取れる電話番号を記入願	

※同じ印鑑を押してください。



記載例（一般診療）

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

①被保険者証に記載されている保険者番号と被保険者番号を記入してください。

②被保険者の氏名を記入してください。

③被保険者の生年月日を記入してください。

決定日	年	月	日	療受	被保険者氏名	広域 次郎		
保険者番号	3	9	1	8	2	0	1	9
	0	0	1	2	3	4	5	6
療養年月	平成20年 7月			療養期間	生年月日	昭和2年 4月20日		
療養日数	2	日			入外区分	入院	給付割合	9割

⑥領収書をもとに診療年月、診療日数を記入してください。

④入院か外来かを記入してください。

⑤9割か7割かを記入してください。

種 類	一般診療
傷 病 名	急性胃腸炎
診療を受けた医療機関等の所在地	△△県△△市△△町12-3
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院
支給申請をした理由	旅行先で入院し、保険証を所持していなかった
発病又は負傷の理由	

⑦一般診療と記入してください。傷病名を記入してください。

⑧診療を受けた医療機関の所在地と医療機関名を記入してください。

⑨申請理由を具体的に記入してください。

療養に要した費用額	1	3	7	0	0	食 事 回 数	
審 査 認 定 額						療養に要した	
一 部 負 担 金						食事標準負担額	
支 給 金 額							

⑩領収書をもとに支払った費用額を記入してください。

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。

⑪金融機関を記入してください。

先	銀行	本店・支店	預金種別	普通
	信用金庫	()		当座
	協同組合			
	信用組合			

捨印
印

口座番号等 左づめ記載して下さい	3	4	5	6	7	8	0
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	シ	、	ロ
	ウ						

⑫通帳等をご確認の上、書き間違いのないようご注意ください。

⑬口座名義人は必ずカタカナで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

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

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添
 なお、本申請書に基づく療養費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
 (※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、 にレ点をつけて下さい。)

平成20年 7月 15日

⑭申請日を記入してください。

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市△△町34-5

⑮受取口座を他の方の口座とする場合、この口にレ点を付けてください。

市町受付印

広域 次郎

印

⑯
②と同じ被保険者の氏名等を記入してください。
印鑑を忘れずに押してください。

申請者との続柄 本人

××××-×××-××××
連絡が取れる電話番号を記入

※同じ印鑑を押してください。