

後 期 高 齢 者 医 療  
療 養 費 支 給 申 請 書

記載例 (療養費コレット)

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	療養を受けた	被保険者氏名 (又は個人番号)	昭和10年 10月 10日				
保険者番号	3	9	1	8	0	0	0	0	氏名 <b>広域 次郎</b>	
被保険者番号	2	3	4	5	6	7	8	0		
公費負担者番号									生年月日	昭和10年 10月 10日
公費受給者番号									入外区分	外来
診療年月	平成28年 1月								給付割合	9割
診療日数	日								療養期間	月 日 から

⑥診療年月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	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

⑦治療用装具 (コレット) 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負傷した原因を記入してください。

療養に要した費用額	3	9	8	0	0	食事回数	
審査認定額						療養費	
						食事標準	

⑪金融機関を記入してください。

⑩領収書をもとに支払った費用額を記入してください。

振込先	〇〇	銀行 信用金庫 協同組合 信用組合	本店・支店 ( )	預金種別 普通 当座				
口座番号等 左づめで記載して下さい	3	4	5	6	7	8	9	市町担当者
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。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて

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から受領する。

(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合)

平成28年 1月 10日

⑮申請日を記入してください。

※同じ印鑑を押印ください

⑭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。

医療広域連合長 様

申請者 住所 〇〇市△△町45-6

氏名 広域 次郎

印

⑯「②」と同じ被保険者 (お亡くなりになられている場合は相続人) 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。

本人

電話 XXXX - XX - XXXX

中連絡が取れる電話番号を記入願います。

後期高齢者医療  
療養費

記載例（一般診療）

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（又は個人番号）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	療養を受けた	被保険者氏名 (又は個人番号)	昭和10年 10月 10日		
保険者番号	3	9	1	8	0	0	0	0
被保険者番号	2	3	4	5	6	7	8	0
療養期間	平成28年 1月			入院区分	入院	給付割合	9割	
診療年月	平成28年 1月			療養期間	月	日	から	
診療日数	1	0	日		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。	

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	⑨申請理由を具体的に記入してください。		

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	3	9	8	0	0	食事回数	.....
審査認定額	.....	.....	.....	.....	.....	療養費	.....
一部負担金	.....	.....	.....	.....	.....	食事標準	.....
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。

⑪金融機関を記入してください。

振込先	〇〇	銀行	本店・支店	預金種別	普通当座
		信用金庫	( )		
		協同組合			
		信用組合			

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。

口座番号等 左づめ記載して下さい	3	4	5	6	7	8	9
口座名義人 (カタカナ)	コウイキシ、ロウ						

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、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添付してください。

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) ⑮申請日を記入してください。

平成28年 1月 10日

⑭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。

医療広域連合長 様	〒	〇〇〇-〇〇〇〇
申請者 住所	〇〇市△△町45-6	
氏名	広域 次郎	
との続き柄	本人	
電話	×××× - ×× - ××××	

⑯「②」と同じ被保険者（お亡くなりになられている場合は相続人）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。

※同じ印鑑を押印ください

