

**記載例（療養費コルセット）**

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	広域 次郎
被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	生年月日
公費負担者番号									入外区分
公費受給者番号									外来 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			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。			

種類	治療用装具	⑦治療用装具（コルセット）と記入してください。傷病名を記入してください。
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	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。
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院	
支給申請理由	⑨該当する理由に○を付けてください。	
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	3	9	8	0	0	食事回数		
審査認定額						食事標準		

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 左詰め記載して下さい	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							

⑪金融機関を記入してください。

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行なう。

(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合)

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。

⑮申請日を記入してください。

平成30年 4月 10日

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

本人との続き柄 本人

連絡先 ×××× - ×× - ××××

日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

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



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	入院	給付割合	9割
被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	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								

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	1: 第三者行為（交通事故等）	2: その他（自損事故・疾病等）

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。

⑩該当する理由に○を付けてください。

要した費用額	3	9	8	0	0	食事回数	
認定額						療養費	
一部負担金						食事標準	
支給金額							

⑪領収書をもとに支払った費用額を記入してください。

⑫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
			信用金庫	( )		当座
			協同組合			
			信用組合			

捨印

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

⑬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。

⑭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。

上記のとおり診療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)

平成30年 4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

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。

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	×××× - ×× - ××××	
中連絡が取れる電話番号を記入願います。		

⑰「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。