

後 期 高 齢 者 医 療 支 給 申 請 書

入力	受付

受付日 令和 年 月 日
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号 3 9 4 7	個人番号
被保険者番号	療 養 け を た
公費負担者番号	
公費受給者番号	
診療年月日	被保険者氏名
診療日数	生年月日
	入 外
	割 合
	割
診療年月日	年 月 日 から
診療日数	年 月 日 まで

種 類			
傷 病 名	発病又は 負傷年月日	年 月 日	
医療を受けた医療 機関等の所在地			
医療を受けた医療 機関名又は施術師			
支給申請をした 理由			
発病又は負傷の 理由	第三者行為(事件・事故等) によるものですか	はい いいえ	

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 額	食 事 標 準 負 担 額
自 己 負 担 額	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。

振 込 先	銀 行 信用金庫 協同組合 ()	本 店 ・ 支 店 ()	預 種 金 別	普 通 当 座 そ の 他
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

※被保険者以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

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申請します。

令和 年 月 日

〒

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住所 _____
 (被保険者) 氏名 _____ ④ 連絡先 _____

〒

届出人 住所 _____
 氏名 _____ ④ 続柄 _____ 連絡先 _____

※被保険者以外が申請を行う場合は、届出人に記入・押印してください。