

基本	決裁欄														申請年月日							
															決裁年月日							
項目	保険者番号			療養費区分					海外療養費	保険種別			入外				点数表			療養費		
	3909			一般診療	補装員	柔整	移送費	その他	標準差額	単独	2併	3併	入9	外9	入7	外7	医科	歯科	調剤	訪看	柔整	データ区分
目	申請書整理番号			1	2	3	7	8	9	1	2	3	7	8	9	0	1	3	4	6	19	①
				資格証明書	特疾	定病	給付割合	一定以上	一般	一部負担金減免	減	免	限度額適用・標準負担額減額認定	II認	II長	I年						
欄				1		1	7		9	1		2		1		2						3

後期高齢者医療療養費支給申請書

被 保 険 者 欄	被保険者番号			療養を受けた者の氏名				性別		生年月日					
								1:男・2:女		1:明 2:大 3:昭 年 月 日生					
傷 病 欄	傷病名		発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無						
			年 月 日						1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他						
療 養 内 容	療養期間						平成 年 月 日		日間						
							平成 年 月 日								
医療機関コード							診療又は調剤に従事した 医師歯科医師薬剤師の氏名								
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地							添 付 書 類	1 診療内容証明書（医科・歯科） 2 医師の意見書又は診断書 3 医師の同意書 4 領収書 5							
療養を受けることができなかった理由			1 一般診療 2 治療用装具 3 柔道整復師の施術 8 その他				療養に要した費用		円						
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。															
平成 年 月 日				申請者 住所				氏名				印			
栃木県後期高齢者医療広域連合長				電話（ ）				-							
振 込 先	銀行		本店		金融機関コード				-						
	信金		支店		種別	口座番号			口座名義人（カタカナで記入）						
信組		出張所		1. 普通											
農協		支所		2. 当座											

決 定 欄	費用額		円	
	負 担 区 分	支給決定額 (保険者負担額)	1	円
		一部負担金	2	円
		他法負担分	3	円

記入上の注意

1. 必要項目を記入、数字に○を付記してください。
2. 海外療養費の場合、療養費区分の「一般診療」にも○を付記してください。
3. 被保険者番号は、右詰で記入してください。
4. 療養費区分の「柔整」、または、「海外療養費」の場合は、医療機関コードは記載の必要はありません。