

基本欄	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					療養費データ区分												
	3 9 0 9			一般診療	補装具	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	訪問	柔整	申請分										
目録欄	申請書整理番号			1	2	3	7	8	9	1	1	2	3	7	8	9	0	1	3	4	6	19	①									
				資格証明	格	特	定	病	給	付	割	合	一	部	負	担	金	減	免	限	度	額	適	用	標	準	負	担	額	減	額	認
			1		1			1		2			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				
	0 1 2 3 4 5 6 7			宇都宮 太郎					1:男・2:女		1:明 2:大 3:昭 3年 4月 1日生				
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					

療養内容欄	医療機関コード	
	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	
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	8 その他

- ・ 申請者＝被保険者となります。
- ・ 医師の証明書、領収証を添付して下さい。
- ・ 被保険者本人と振込先口座名義人が異なる場合、委任状を添付して下さい。

⇒ 被保険者本人が届出する場合も、振込先口座名義人が異なる時は、委任状の添付が必要となります。

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 20年 10月 1日 申請者 住所 宇都宮市旭1丁目0番0号
氏名 宇都宮 太郎 印
栃木県後期高齢者医療広域連合長 電話 (028) 632 - 2307

振込先	銀行	本店	金融機関コード	—
	宇都宮	後期	支店	—
	信金	出張所	種別	口座番号
	信組	支所	1. 普通	1 2 3 4 5 6
	農協		2. 当座	
				口座名義人(カタカナで記入)
				ウツノミヤ タロウ

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。