後期高齢者医療療養費支給申請書

個人番号		原書番号 3	受付年月日 年 月 日	整理番号	
被保険者番号		医療種別 5	割合	7割	8割 9割
被保険者氏名（患者名）生年月日	男1・女2 年 月 日	公費負担者番号			
		受給者番号		公費受給者負担額	円
住民コード		後期高齢者医療資格取得日	年 月 日		

病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地		発病又は負傷の原因	1. 第三者行為（交通事故等） 2. その他（自損事故・疾病等）
従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名		支給申請をした理由	

種類								表別			入院		外来	
1	2	3	4	5	7	8	9	1	3	4	7	9	8	0
一般診療 国内 海外	治療用装具	柔整	アンマ・マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	標準負担差額支給	医科	歯科	調剤	一般	7割	一般	7割

傷病名	別紙のとおり	療養等に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間（ 食）
負傷年月日	年 月 日	療養等に要した費用	審査決定金額
ハリ・灸・アンママッサージ	初検日 年 月 日 第 回		

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。

機関コード番号

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者 〒 ー

住所

氏名 電話（ ） ー 被保険者との続柄

受取方法	2 口座振込	保険者番号	3928
預金種別	1 普通 2 当座 4 貯蓄	銀行 信用金庫・組合 協同組合（ ）	本店 支店 出張所（ ）
口座番号（右詰で記載）		金額欄	
口座名義人（カナ）		海外療養費	
		渡航先国名	（ ）
		通貨単位	（ ）
		受領委任	1有 2無

＊口座名義人欄は、上段からカタカナで記入願います。
＊濁点(゛)、半濁点(゜)は1文字として記入願います。(最大40文字)
＊姓と名の間は、1マス空けて記入願います。

下記のとおり決定します。 年 月 日

総療養費	一部負担金	支給決定金額