

## 後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日                    年        月        日  
 決定日                   年        月        日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名		
公費負担者番号			生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日
公費受給者番号			入 外	入院・外来	割 合
診療年月	年 月	療 養 期 間	年 月 日 から		
診療日数	日		年 月 日 まで		

種 類	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療 ・ (                    )				
傷 病 名					
診療を受けた医療機関等の所在地					
診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	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		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

振 込 先		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 (                    )		本 店 支 店 出 張 所 (                    )	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号 (7桁)		※右詰でご記入ください。			
	口座名義人	(カナ) ----- (漢字)				※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申請します。

年        月        日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者                    郵便番号 〒                    —

住 所                    \_\_\_\_\_

氏 名                    \_\_\_\_\_

電話番号                    \_\_\_\_\_

<b>■市町村確認欄 (収納状況)</b>		
未納	支給方法	特別な理由等 (未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)
有・無	口座・窓口	<input type="checkbox"/> 納付誓約 <input type="checkbox"/> 減免該当 <input type="checkbox"/> 長期入院等 <input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> その他 (                    )

## 後期高齢者医療療養費支給申請書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	39460000	個人番号	123456789012			
被保険者番号	87654321	療養を受けた	被保険者氏名	広城 四郎		
公費負担者番号			生年月日	明・大・昭10年7月4日		
公費受給者番号		入外	入院・外来	割合	9・8・7	
診療年月	令和4年9月	療養期間	令和4年9月10日から			
診療日数	1日		令和4年9月10日まで			

種類	補装具・一般診療・海外診	補装具の療養期間は、医師の必要と認められた日を記入すること
傷病名	第3腰椎骨折	
診療を受けた医療機関等の所在地	鹿児島市〇〇町〇〇番地	標準システムへ入力すること (システムに医療機関の登録がない場合は 広域連合へ連絡すること)
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	例1: 装具が現物給付対象外のため 例2: 治療上必要な装具を作成したため	
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	33,500	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	記入不要
一部負担金	3,350	食事標準負担額	
支給金額	30,150		

振込先	給付	銀行	鴨池	本店支店	預金種別	① 普通
		信用金庫 信用組合 農業協同組合 ( )		出張所 ( )		2 当座 4 貯蓄
	口座番号(7桁)	0002345	※右詰でご記入ください。			
	口座名義人	(カナ) キュウフ ウメコ (漢字) 給付 ウメ子	※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申請します。

令和4年10月3日  
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒890-0046  
住所 鹿児島市鴨池新町〇〇番地  
氏名 広城 四郎  
電話番号 099-206-1398

申請者は被保険者

■市町村確認欄(収納状況)		
未納	支給方法	特別な理由等(未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)
有・無	口座 窓口	□納付誓約 □減免該当 □長期入院等 □住所地特例 ■その他(死亡)

※未納・支給方法欄は、該当する事項に○、その他特別な理由等欄は、チェックをしてください。

## 後期高齢者医療療養費支給申請書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	39460000	個人番号	123456789012			
被保険者番号	87654321	療養を受けた	被保険者氏名	広城 四郎		
公費負担者番号			生年月日	明・大・昭10年7月4日		
公費受給者番号		入外	入院・外来	割合	9・8・7	
診療年月	令和4年9月	療養期間	令和4年9月10日から			
診療日数	1日		令和4年9月10日まで			

種類	補装具・一般診療・海外診療)		
傷病名	第3腰椎骨折	療養期間を記入すること	
診療を受けた医療機関等の所在地	鹿児島市〇〇町〇〇番地		
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	外出時に負傷した際、救急搬送されたため、被保険者証の提示ができなかった		
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)	

療養に要した費用額	40,000	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金	4,000	食事標準負担額	
支給金額	36,000		

振込先	給付	銀行	鴨池	本店支店	預金種別	① 普通
		信用金庫		出張所		2 当座
		信用組合		( )		4 貯蓄
		農業協同組合				
		( )	0085001			
		口座番号(7桁)	0002345	※右詰でご記入ください。		
		口座名義人	(カナ) キュウフ ウメコ	※姓と名の間は1字あけてください。		
			(漢字) 給付 ウメ子			

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4年10月3日  
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒890-0046  
住所 鹿児島市鴨池新町〇〇番地  
氏名 広城 四郎  
電話番号 099-206-1398

申請者は被保険者

## 市町村確認欄(収納状況)

未納	支給方法	特別な理由等(未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)				
有・無	口座窓	□納付誓約	□減免該当	□長期入院等	□住所地特例	□その他( )