

様式第19号(第14条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号								療養を受けた	個人番号	
被保険者番号									被保険者氏名	
公費負担者番号									生年月日	年 月 日
公費負担者番号									入外	07：入院9割 08：外来9割 09：入院7割 00：外来7割
診療年月			年		月					
診療日数					日			療養期間		年 月 日 から 年 月 日 まで

種 類	01 一般診療 02 海外診療 03 補装具 04 あんま・マッサージ 05 はり・きゅう 06 その他									
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							医療機関コード			
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 ※ 1						食事療養に要した費用額		
一部負担金						食事療養標準負担額		
支給金額								

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所)	預金種別	普通 当座 ()
		支店(所)		
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

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

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

申請者 住所 _____ 印
氏名 _____
連絡先 _____