

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
公費受給者番号			入 外	07：入院9割 08：外来9割
診療年月	年 月			09：入院7割 00：外来7割
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						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											

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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		金融機関コード		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、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

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 庁 ー

申請者

住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____