

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			07特 : 入院8割 08特 : 外来8割
診療日数	日	09 : 入院7割 00 : 外来7割		
		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	本店(所)	預金種別	普通当座( )
	信用金庫			
	信用組合	金融機関コード		
	協同組合			
口座番号等 左詰記載して下さい	/ / / / /			
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 千 -

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_