

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			
被 保 険 者 番 号			
公 費 負 担 者 番 号			
公 費 受 給 者 番 号			
診 療 年 月	年	月	
診 療 日 数		日	
療 養 を 受 け た	個 人 番 号		
	被 保 険 者 氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	入 外	07 : 入院 9 割	08 : 外来 9 割
		07特 : 入院 8 割	08特 : 外来 8 割
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 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)			
金融機関コード					
口座番号等 右詰記載して下さい					
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	
申請者	住所
	氏名
	連絡先