後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	2	1	2	2	0	4	個人番号		 			-					1		
被保険者番号			! !	-			!	-	444		保険	者氏名									
公費負担者番号			1 1 1	1			! ! !		<sup>-</sup> 療養を受 - けた	生	年	月 日				年	月	H			
公費受給者番号				-				-		入		外					割台	<u>,</u>		割	
診療年月	年月								\ <del>L</del>							年		 月	H	カ	ò
診療日数					F	I			療	療養期間								月	日	ま	で
種類	右	補装	具						1												
傷病名														7							
診療薬剤の支給又は 手当を受けた保険医	名	称							別紙のとおり												
療機関等の名称及び所在地																					
診療又は調剤に従事 歯科医師又は薬剤師の												_		_							
H 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11			医療	機関	でない	医療	機関	で受				3.)補装	具を装	支着し	た。						
療養を受けることが	3	理由(																			
できなかった理由	9.	4. 生血の提供を受けた。 2. マイナ保険証又は資格確認書を提出しなかった。																			
		2. マイケ保険証又は資格確認者を提出しなかった。         理由: 旅行・紛失・その他( )       5. その他( )																			
発病又は負傷の理由 1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(疾病等・自損事											事故)										
疾病又は負傷が第三 者の行為によるもの	住	住 所																			
であるときはその者 の住所及び氏名	氏	名																			
傷病の経過	補装具装着による療養								療養の内容					別紙のとおり							
療養に要した 費 用 額	円									食事回数					回						
審查認定額※	円								食事費								F.				
一部負担金※	円								食								F,				
支給金額※							円			※の欄は記入不要です。											
受取口座	□ 被保険者の公金受取口座を利用します。																				
	金融機関名										口座種別										
							銀農		信用金庫 信用組合							店			•	当	座
振 込 先	辰 伽•								)	)						)	(				)
	口座番号								フ	フリガナ											
	口座名義人								人												
上記のとおり療養に 年			<u>.</u> 月に月	関する	· 5証拠 日	書類	を添	えて	申請します	0											
(あて先)岐阜県後期				域連合																	
(4) (3) (3) (3) (3)		<i>//</i>		,,,,,	申請	者		郵	便番号												
								住	所												
								氏	名												
								電	話	(		)		_							
被保険者以外が申請す	でる場	合は	以下	の欄	にも訂	己入る	として	こく!	<b>ごさい。</b>												
(あて先)岐阜県	人後期	高齢	者医	医療広	域連合	录合															

	(あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長
	私はこの療養費支給申請を下記の者に委任します。
委	委任する人(被保険者)
	住所
任	氏 名
欄	委任を受ける人
	住所
	氏 名
	委任する人(被保険者)との関係

## 太枠内を記入してください

後 期 高 齢 者 療 療 養費支給申請 書 医

	保険者番号	3	9	2	1	2	2	0	4	個人番号				1	1	1						
初	皮保険者番号	1			: 4		6				被	保険を	* 皆氏名	<u> </u>	下呂	太」	<u>'</u> ∮ए			'		
公	費負担者番号			Ŭ						療養を受	生.	年	月日					1 O O H				
公	費受給者番号				1		i	1		けた	入		外				_	割合	, <u>;</u>	削		
	診療年月	'			<u>·</u> 年		<u>·</u> 月	<u>'</u>			\					年	Ξ.		H	から		
	診療日数					日				療	養	期	間			· 年		月	H	まで		
	種 類	7	補装	具																		
	傷病名																					
	薬剤の支給又は	名	称							ロロムイ		,	7 -	10								
	を受けた保険医 関等の名称及び									別紙	(/)	<u>مل</u>	<del>*************************************</del>	<del>()</del> —								
所在:																						
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名																						
1. 保険医療機関でない医療機関で受診 (3.) 補装具を装着した。																						
療養	を受けることが	理由( ) 4. 生血の提供を受けた。																				
でき	なかった理由	2. マイナ保険証又は資格確認書を提出しなかった。																				
理由: 旅行・紛失・その他( ) 5. その他( )												)										
	発病又は負傷の理由 1:第三者行為(交通事故等) 2 その他(疾病等・自損事故)																					
者の	又は負傷が第三 行為によるもの	住	住 所																			
であるときはその者 の住所及び氏名																						
	傷病の経過									療養の内容						別紙のとおり						
	療養に要した 費 用 額	円										回										
箸	§查認定額 <b>※</b>						F.	]		食事療養に要した 費 用 額						円						
_	一部負担金※						F.	}		食事標準負担額										円		
	支給金額※						F			※の欄は	記入	不要で	ぎす。									
	□ 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 上記の「□ 被保険者の公金受取口座を利用します。」にチェック(レ)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。																					
										金融機関名								П	座種別			
										信用金庫 信用組合	下呂	辛	⇒ 店			普通	鱼 座					
振 込 先				心于		(						' Ц	<b>3</b> × (				(		)			
		口座番号								フ			ゲロ タロウ									
		1 2 3 4 5 6 7								口座名義人						下呂 太郎						
上記	とおり療養に						書類を	と添え	とては	申請します	0											
(あ)	令和○○ 年 て生)岐阜県後期		) () () 老医#			日 - 基																
(あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長 申請者 郵便番号 <u>509−2202</u>																						
住 所 下呂市森960番地																						
	<sub>氏</sub> 名 下 呂 太 郎																					
									電	話	( 0 9	9 0	) (	000	<u> </u>	000	)					
被保险	<b>坡保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。</b>																					
	(あて先)岐阜県																					
	利け~の療養	弗士:	绘由章	きた	下量(	の老に	禾仁]	# 4	<del> -</del>													

委任する人(被保険者) 委

住 所 氏 名

任

欄

委任を受ける人

住 所

氏 名

委任する人(被保険者)との関係

- この委任欄については以下のとおりです。 ・申請者が被保険者本人⇒記載なし ・申請者が相続人(被保険者死亡)⇒記載なし、ただし申立・誓約書が必要 ・申請者が被保険者以外(被保険者存命)⇒記載必要