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	３９０１	療養を受けた	被保険者氏名			
被保険者番号			生年月日	年　月　日		
公費負担者番号			入　外		割　合	割
公費受給者番号						
診療年月	年　月	療養期間	年　月　日　から			
診療日数	日		年　月　日　まで			

種　類	
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	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用の額		食事回数	
審査認定額		療養に要した費用の額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は( )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 本所 支店 (　　)	預金種別	普通 当座 (　　)
口座名義人 (カタカナ)				
口座番号等 左詰めで記載	金融機関　(ゆうちょ銀行以外)			
	ゆうちょ銀行 ※ 振込用の店番(3桁)・口座番号(7桁)が必要です。	店番	口座番号	

口座名義人はカタカナで上段より左詰め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字空けてください。

北海道後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり、関係書類を添えて療養費等の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所（〒　　－　　）

氏　名　　印

電話番号