

後期高齢者医療 療養費支給申請書

療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎											
	生年月日	昭和2年2月3日	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		
	個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1

診療年月	令和元年 5月	療養期間	年 月 日 から	入外区分	割合
診療日数	1 日		年 月 日 まで	外来	1割

療養の種類	補装具	療養に要した費用額					2	0	0	0	0
		審査認定額									
		一部負担金						2	0	0	0
		支給金額						1	8	0	0

傷病名	右大腿骨骨折 (別紙のとおり、証明書のとおりでも可)
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	新潟広域病院 (別紙のとおり、証明書のとおりでも可)
支給申請をした理由	治療上必要なため
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)

振込先	後期	銀行	新潟	本店	預金種別	普通					
		信用金庫		支店		当座					
		信用組合		出張所		貯蓄					
		協同組合		()							
		労働金庫									
口座番号等 左記記載して下さい	7	6	5	4	3	2	1				
口座名義人 (カタカナ)	コウイキ タロウ										

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。

令和3年 5月 27日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (被保険者) 〒 950-0965

住所 新潟県新潟市中央区新光町4番地1

氏名 広域 太郎 印 (自署の場合は押印不要) 電話番号 025-285-3222

委任状欄	後期高齢者医療療養費支給の受領を下記の者に委任します。	委任状欄は、被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合がございます。日
	委任を受ける方	
	〒 住所	
	氏名 電話番号	
被保険者との関係		