

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										
	生 年 月 日		被保険者番号								
	個人番号										

診 療 年 月	年	月	療養期間	年	月	日	から	入外区分	割合
診 療 日 数		日		年	月	日	まで		

療養の種類	療養に要した費用額					
	審 査 認 定 額					
	一 部 負 担 金					
	支 給 金 額					

傷 病 名					
診療を受けた医療機関等の 名称及び所在地					
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)			

振 込 先	銀 行	本 店	預 金 種 別	普 通
	信 用 金 庫			
	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				
口座名義人 (カタカナ)				

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) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (被保険者) 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ④ 電話番号 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)

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。	年 月 日	
	委任を受ける方		
	〒 _____ 住所 _____		
	氏名 _____ 電話番号 _____		
	被保険者との関係 _____		