記入例

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 1 2 2 2 0 5	個人番号	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療養を受けた 被保険者氏名	流山　太朗
公費負担者番号	記入は不要です。	生年月日	年　月　日
公費受給者番号		入外	入・(外)　割合　9　割
診療年月	3 年 4 月	療養期間	3 年 4 月 1 日 から
診療日数	1 日		年　月　日 まで

医療費の自己負担割合に応じて
1割の場合「9割」
2割の場合「8割」
3割の場合「7割」
と御記入ください。

「療養期間」欄には証明書記載の日付を御記入ください。また「診療年月」欄は「療養期間」の開始月を、「診療日数」欄には期間日数を御記入ください。

種類	01 一般療養費、 02 海外療養費、 (03)補装具、 04 あんま・マッサージ、 06 はり・きゅう 07 移送、 08 生血、 09 保険外療養費、 49 その他療養費、 52負担割合差額支給
傷病名	添付書類の「医師の診断書(証明書)」に記載されている傷病名を御記入ください。(例:脊柱管狭窄症)
診療を受けた医療機関等の所在地	「医師の診断書(証明書)」を発行した医療機関の住所を御記入ください。
診療を受けた医療機関名又は施術師	「医師の診断書(証明書)」を発行した医療機関の名前もしくは医師名等のお名前を御記入ください。
支給申請をした理由	市の職員が記入しますので、御記入は不要です。
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)

交通事故もしくは、疾病等による申請なのか、選んでください。

療養に要した費用額	記入は不要です。	食事回数	記入は不要です。
審査認定額※1		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
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。

金融機関の支店名(ただしゆうちょ銀行は店名の3ケタの番号(漢数字)を記入してください。例〇五八)

振込先	【申請者(補装具を装着された方)の口座のある金融機関名を記入】○ ○ (ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入	(銀行)・信用金庫・信用組合・協同組合 ( )	○ ○ 本店・(支店) ( )	預金種別 (普通)・当座 ( )
口座番号等 左詰記載して下さい	0 1 2 3 4 5 6			
口座名義人(カタカナ)	ナ カ ゛ レ ヤ マ　タ ロ ウ			
受取口座	□ 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、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✔)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。			

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

公金受取口座とは、マイナポータル等から国に登録した被保険者ご本人様の口座のことです。
※被保険者ご本人様の公金受取口座のみ利用できます。
※公金受取口座登録が済んでいない方は利用できません。チェック(✔)はせず、口座情報を御記入ください。

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し

年　　月　　日　(←申請する日付を記入)

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者　〒
住　所　流山市平和台1－1－1
氏　名　流山　太朗
連絡先　04－〇〇〇〇－△△△△

「申請者」欄には、**補装具を装着された方(療養を受けた被保険者様)の名前**で御記入ください。
※申請者様と口座名義人様が異なる場合、委任状が必要となります。

☆療養費(補装具)の申請は、添付書類として以下の書類が必要となります。
・**「医師の診断書(証明書)の原本」**(補装具が必要となったことが証明できる書類等)
・**「領収書の原本」**(補装具を作成したことがわかる補装具製作所の領収書等)
・**「明細書の原本」**(作成した補装具の内訳がわかるもの。領収書との兼用の場合は問題ありません。)

御不明なことがございましたら下記までお問合せください。
流山市役所　保険年金課　後期高齢者医療係　電話　04－7199－3306(直通)