

# 後期高齢者医療 療養費等支給申請書

太枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は( )内に記入してください。

個人番号							
被保険者番号	0						
公費負担者番号							
公費受給者番号							
診療年月	年	月	入院外来区分	入院・外来等	負担割合	1割・3割	
診療実日数		日	診療期間	月	日	～	月 日

種類	1 一般 2 海外 3 治療用装具 4 柔道整復 5 マッサージ 6 鍼灸 7 移送 8 生血 その他( )					
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等の名称						
医療費全額を支払ったやむを得ない理由						
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)以外					

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

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒			
口座番号				
口座名義人(カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。	
年 月 日	
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長	
〒	
申請者	住所
	氏名 <span style="float: right;">㊞</span>
	電話番号