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○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様

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