後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日　令和　　年　　月　　日
決定日　令和　　年　　月　　日

保険者番号	3	9	3	5	2	1	2	5	療養をした	個人番号												
被保険者番号										被保険者氏名												
公費負担者番号										生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日											
公費受給者番号										入外	入院・外来			割合				割				

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	一般診療・海外診療・治療用装具・はりきゅう・あんまマッサージ・移送費
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	□外傷又は疾病等の原因による。　□業務災害通勤災害又は第三者行為の原因による。

療養に要した費用額									食事回数											
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																				

【振込先口座】　①受取口座情報　または　②公金受取口座利用　のいずれかを選択して記入してください。

①　受取口座情報　受取を希望される口座情報を記入してください。

振込先	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																						
口座名義人 （カタカナ）																						

②　公金受取口座利用　公金受取口座の利用を希望される場合はチェック（✔）してください。

□　公金受取口座を希望します。（被保険者本人が受け取る場合のみ）

※公金受取口座を利用するためには、マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録が必要です。
※①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェック（✔）がついていた場合、①受取口座情報の登録が優先されます。

山口県後期高齢者医療広域連合長　様
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ます。

令和　　年　　月　　日

申請者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿