

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名			
被保険者番号			生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
公費負担者番号			入 外	入院・外来	割 合	9・7 割
公費受給者番号						
診 療 年 月	年 月	療 養 期 間	平成 年 月 日	から		
診 療 日 数	日		平成 年 月 日	まで		

種 類	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療 ・ ()
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	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		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		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 支 所 出 張 所	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座 4 貯 蓄
	口座番号 (7桁)					
	口座名義人	(カナ)	※姓と名の間は1字あけてください。			
		(漢字)				

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。

平成 年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____