

記入例

第16条関係)

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 1 2 2 0 7 2	個人番号						
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	療養受け	被保険者氏名	松戸 花子				
公費負担者番号	記入不要			生年月日	大正 昭和 1 年 1 月 1 日			
公費受給者番号				〒	市外	割合	割	
診療年月								
診療日数								

種類	補装具 一般診療 海外診療 負担割合差額、その他 ()
傷病名	記入不要
診療を受けた医療機関等の所在地	交通事故による治療でなければ「2」、 「疾病等」に○をお
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	医師が治療の必要性を認めたため。
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)

療養に要した費用額	金 事 回 数
審査認定額 ※ 1	記入不要
一部負担金	
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。

振込先	松戸	銀行	駅前	本店・支店	預金種別
		信用金庫	()	()	普通
		信用組合	金融機関番号/店番号		当座
		協同組合	(記入不要)		()

口座番号等	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人	マツト ハナコ
(カタカナ)	
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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 場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用 ※公金受取口座を利用する場合は、口 の添付等は不要です。

被保険者名義の口座をご記入ください。被保険者以外の口座に振り込む場合は「委任状」が必要となります。

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

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。

令和 6 年 1 月 31 日 ← 記入日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者名・住所をご記入ください (代筆可)。

申請者	住所	松戸市根本387-5 コーポ松戸市役所999号
	氏名	松戸 花子
	電話番号	047-366-1111

