

# 記入例

第16条関係)

## 後期高齢者医療 療養費支給申請書

交付日 令和 年 月 日	資格確認書に記載	決定日 令和 年 月 日	4
保険者番号	3 9 1 2 2 0 2	個人番号	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	療受 養け	被保険者氏名 松戸 花子
公費負担者番号		生年月日	大正 昭和 1年 1月 1日
公費受給者番号			
診療年月			
診療日数			

記入不要

種類	持病、細診察、海外診察、多割割合差額、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名又は施術師	
支給申請をした理由	医師が相原上表裏の必要性を認めため。
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)

記入不要

交通事故による治療でなければ「2」、「疾病等」に○をお付けください。

療養に要した費用額	
審査認定額 ※ 1	
一部負担金	
支給金額	

記入不要

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	駅前	本店・支店 ( )	預金種別 (普通当座)
口座番号等	1 2 3 4 5 6 7	金融機関番号/店番号 (記入不要)			

口座名義人 (カタカナ)	マツト ハナコ
-----------------	---------

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」、相続人の口座に振り込む場合は「申立書」が必要となりますのでお問い合わせください。

口座名義人はカタカナで  
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 8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

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

※ 被保険者の方が既にお亡くなりになられている場合は、申請者欄には相続人の方のお名前をご記入ください。