

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 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	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	

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。

振 込 先	銀 行 信用金庫 協同組合 ()	本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座番号等 右詰記載してください	店 番	口 座 番 号		
郵便局 (ゆうちょ銀行) をご指定の場合 (右詰記載してください)	記 号	番 号		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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。

年 月 日

鳥取県 後期高齢者医療広域連合長様

申 請 者

住 所

氏 名

印

電 話 番 号

— —