

(表)

## 後期高齢者医療療養費支給申請書

療養を受けた者 (被保険者)	保険者番号	3	9	4	1					
	被保険者番号									
	個人番号									
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所	〒 (電話 - - )								
医療機関等 受診した	名称 <small>(所在地・医師等名)</small>	別紙のとおり								
	診療年月	年 月 診療			入外区分			入院・外来		
	療養期間	年 月 日 ~			年 月 日			( 日間)		
傷病名		別紙のとおり								
疾病又は負傷の理由		1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)								
療養の給付を受ける事ができなかった理由										
療養内容及び添付書類 (該当に○印)		一般診療(領収書・診療報酬明細書)								
		治療用装具(領収書・医師の証明書・装着証明書・請求書・見積書)								
		はり・きゅう、あんま・マッサージ(領収書・医師の施術同意書)								
		生血、移送(領収書・医師の指示理由書)								
		海外療養(領収書・診療内容明細書の原本及び翻訳分、調査に関わる同意書、旅行の行程表、渡航期間が確認できるパスポートの写し)								
		弾性着衣・弾性包帯(領収書・医師の装着指示書・請求書・見積書)								
		上記に掲げるもののほか療養内容を証明する書類								

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

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療養費の支給を申請します。

年 月 日
-------

(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - - )							
	氏名	被保険者との関係 ( )							

(注)裏面の口座振込先も忘れずにご記入ください。

[市町記入欄]

市町(支所)名 [ ]	受付日 [ . . ]	受付者名 [ ]・郵送
申請者確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( )	
番号確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認	

(裏)

< 委任状 >

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

被 保 険 者  (本人)	住 所	氏 名

代 理 人  (口座名義人)	住 所	氏 名	被保険者との関係 ( )

振 込 先 口 座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)			
	銀 行	本 店	1 普 通				
	金 庫	支 店	2 当 座				
	信用組合	支 所	4 貯 蓄				
	農協・漁協	出張所					
	金融機関コード	店舗コード					
	フリガナ						
	口座名義人						
<input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。							

(注) 被保険者と口座名義が違う場合は、上記の委任状も忘れずにご記入ください。

[広域連合支給計算欄]

証 明 日	年 月 日	装 着 日	年 月 日
医療機関コード		負担区分	I・II・一般・以上
給付割合	入院 ( 9 割 ・ 7 割 )		外来 ( 9 割 ・ 7 割 )
支 給 決 定 額	療養に要した費用額	_____ 円	
	上記の審査認定額 (A)	_____ 円	
	一部負担金控除額 (B)	_____ 円	
	計 (A - B)	_____ 円	