

# 〈 記 入 例 ( 表 ) 〉

様式 26号 (第16条関係)

(表)

## 後期高齢者医療療養費支給申請書

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

療養を受けた者 (被保険者)	保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0				
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	0				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	コウイキ タロウ											
	氏名	広域 太郎											
	生年月日	明・大 <b>昭</b> 3年 2月 1日											
住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地												
医療機関等 受診した	名称 (所在地・医師等名)	別紙のとおり											
	診療年月	〇〇年 〇月 診療	入外区分	入院 <b>外来</b>									
	療養期間	〇〇年 〇月 〇日 ~	〇〇年 〇月 〇日	(〇〇日間)									
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) <b>2</b> 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 (該当に〇印)	<input type="checkbox"/>	一般診療(領収書・診療報酬明細書)											
	<input checked="" type="checkbox"/>	治療用器具(領収書・医師の証明書・装着証明書・請求書・見積書)											
	<input type="checkbox"/>	はり・きゅう、あんま・マッサージ(領収書・医師の施術同意書)											
	<input type="checkbox"/>	生血、移送(領収書・医師の指示理由書)											
	<input type="checkbox"/>	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)											
	<input type="checkbox"/>	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												

該当する内容に〇を記入してください。

提出日を記入してください。  
※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者との関係を記入してください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合 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。

〇〇年 〇月 〇日

(記入された方) 申請者	住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地
	氏名	広域 太郎 被保険者との関係 (本人)

(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申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④大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		

記入しないでください。

(注) 被保険者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状を必ず記入してください。

# 〈 記 入 例 (裏) 〉

被保険者と口座名義人が違う場合は、この委任状も忘れずに記入してください。

被保険者の住所・氏名を記入してください。

口座名義人の住所・氏名を記入してください。

公金受取口座を利用しない場合は、振込先口座の情報を記入してください。

公金受取口座を利用する場合は、チェック(✓)をつけてください。  
※公金受取口座の登録が済んでいるか再度確認をお願いします。

( 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 心)	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 金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座 4 貯蓄	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード	店舗コード								
	8 4 7 6	0 6 4								
	フリガナ	コウイキ タロウ								
	口座名義人	広域 太郎								

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「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。

## ゆうちょ銀行への振込を希望される場合

ゆうちょ銀行の口座に振込を行う場合は、「記号番号」ではなく「振込専用の店番号・口座番号」が必要です。(通帳の表紙から1枚開いたページに以下のように印字されています)  
 通帳に印字がない場合は、お近くの郵便局の貯金窓口等でご確認ください。

(例)

〈 通帳の印字 〉

この口座を他金融機関からの振込先の受取口座として使用される際は次の内容をご指定ください。

【店名】七七八(読み ナナナナハチ)

【店番】778 【預金種別】普通預金 【口座番号】0123456

振 込 先 口 座	金融機関名	預金種目	口座番号(右詰)							
	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座 4 貯蓄	0	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ	コウイキ タロウ								
	口座名義人	広域 太郎								
	<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。									