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	3	9	1	8					療養を受けた	被保険者氏名（又は個人番号）										
被保険者番号																				
公費負担者番号										生年月日	年　　月　　日									
公費受給者番号										入外区分			給付割合	割						
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	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									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。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 信用組合 （　　）								本店・支店 （　　）								預金種別	普通 当座		
口座番号等 左づめ記載して下さい															市町担当者 通帳確認印					
口座名義人 (カタカナ)																				

口座名義人はカタカナで上段より左づめ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。

上記のとおりに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。
☐なお、本申請書に基づく療養費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
（※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、☐にレ点をつけて下さい。）

年　　月　　日

福井県後期高齢者医療広域連合長　様

〒

申請者　住　所

氏　名

被保険者との続柄

連絡先　　－　　－

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

広域連合受付印	市町受付印