

後 期 高 齢 者 医 療  
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日

|         |  |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |        |         |       |    |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|--------|---------|-------|----|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号   |  | 3 | 9 | 3 | 5 |   |   |   |   | 療養<br>費を<br>受<br>けた | 個人番号   | 9       | 8     | 7  | 6  | 5   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 |
| 被保険者番号  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                     | 被保険者氏名 | 広 域 太 郎 |       |    |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 公費負担者番号 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |        | 生年月日    | 明治・大正 | 昭和 | 14 | 年   | 1 | 月 | 1 | 日 |   |   |   |
| 公費受給者番号 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |        | 入外      | 入院    | 外来 | 割合 | 9 割 |   |   |   |   |   |   |   |
|         |  |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |        |         |       |    |    |     |   |   |   |   |   |   |   |

|      |   |   |   |    |    |
|------|---|---|---|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月 | 日 | から |    |
| 診療日数 | 日 | 年 | 月 | 日  | まで |

|                  |   |
|------------------|---|
| 種 類              | 一般診療・海外診療・治療用器具・はりきゅう・あんまマッサージ・移送費  |
| 傷 病 名            | (例) 第10胸椎圧迫骨折   |
| 診療を受けた医療機関等の所在地  | 山口市〇〇町〇丁目〇番〇号   |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | 〇〇病院  |
| 支給申請をした理由        | (例) 治療上必要な器具の製作者は   |
| 発病又は負傷の理由        | <input checked="" type="checkbox"/> 外傷又は疾病等の原因による。 <input type="checkbox"/> |

療養費の受取口座として  
「①受取口座情報」に希望口座情報を記入  
もしくは  
「②公金受取口座利用」のにチェック (✓) の  
どちらかのみを選択してください。  
※②を選択する場合は「マイナポータル等による被  
保険者本人の公金口座の事前登録」が必要です。

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 療養に要した費用額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 審査認定額※1   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一部負担金     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給金額      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【振込先口座】  ①受取口座情報 または  ②公金受取口座利用 のいずれかを選択して記入してください。  
① 受取口座情報 受取を希望される口座情報を記入してください。

|                    |         |                            |      |              |                     |              |
|--------------------|---------|----------------------------|------|--------------|---------------------|--------------|
| 振込先                | 〇〇〇〇    | 銀行<br>信用金<br>信用<br>協<br>組合 | 〇〇〇〇 | 本店・支店<br>( ) | 預金<br>種<br>別<br>( ) | 普通<br>当<br>座 |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい | 〇       | 〇                          | 〇    | 〇            | 〇                   | 〇            |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    | コウイ タロウ |                            |      |              |                     |              |

② 公金受取口座利用 公金受取口座の利用を希望される場合はチェック (✓) してください。  
 公金受取口座を希望します。(被保険者本人が受け取る場合のみ)

※公金受取口座を利用するためには、マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録が必要です。  
※①受取口座情報に記入があり、かつ②公金受取口座利用にチェック (✓) がついていた場合、①受取口座情報の登録が優先されます。

山口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申請します。

令和 6年 9月 1日

申請者 住所 山口市大手町9番11号  
氏名 広 域 太 郎  
連絡先 083-921-7110

被保険者本人または相続人の  
住所・氏名・連絡先を記載して  
ください。