後　期　高　齢　者　医　療
療　養　費　支　給　申　請　書

受付日　平成　　年　月　日
決定日　平成　　年　月　日

保険者番号	3935	療受養けをた	個人番号		
被保険者番号			被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	
公費受給者番号			入外	入院・外来	割合　割

診療年月	平成　年　月	療養期間	平成　年　月　日　から
診療日数	日		平成　年　月　日　まで

種　類	一般診療・海外診療・治療用装具・はりきゅう・あんまマッサージ・移送費
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	治療上必要な装具の製作業者は医療機関でないため療養給付が受けられなかった。
発病又は負傷の理由	業務災害通勤災害又は第三者行為以外の原因による。

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額※1		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			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 （カタカナ）				

山口県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿