

# 〈記入例〉

※色のついている部分を御記入ください。

## 後期高齢者医療 療養費支給申請書

12桁の個人番号(マイナンバー)を御記入ください。  
※不明の場合は空欄にしてください。

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 0 8 2 0 1 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療受	被保険者氏名 茨城 太郎
公費負担者番号		養	生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日
公費受給者番号		け	入外
診療年月	年 月	を	割合
診療日数	日	た	療養期間 年 月 日から 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	
発症又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為外の一般疾病

発症又は負傷の理由が(交通)事故・事件の場合は、国保年金課まで御連絡ください。

発症又は負傷の理由が(交通)事故・事件以外の場合

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			

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	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> ( )
-------	---	---	---

口座番号等 左詰記載してください	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
口座名義人 (フリガナ)	イ ハ ラ キ タ ロ

被保険者本人の口座を御記入ください。本人以外の口座に振込む場合、委任状が必要になります。  
※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名(漢数字3桁)」「預金種目」「口座番号(7桁)」を御記入ください。

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

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て  
申請者

〒

住 所 水戸市〇〇町〇〇番地

氏 名 茨城 太郎

連絡先 日中つながる電話番号

被保険者本人の住所・氏名を記入してください(委任状がある場合は除く)。