

後期高齢者医療 療養費等支給申請書

太枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は()内に記入してください。

個人番号										
被保険者番号	0			被保険者氏名						
公費負担者番号										
公費受給者番号				生年月日			明・大・昭 年 月 日			
診療年月	年 月		入院外来区分		入院・外来等		負担割合		1割・3割	
診療実日数	日		診療期間		月 日 ~		月 日			

種類	1 一般 2 海外 3 治療用器具 4 柔道整復 5 マッサージ 6 鍼灸 7 移送 8 生血 その他()									
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等の名称										
医療費全額を支払ったやむを得ない理由										
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 第三者の行為(交通事故等)以外									

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																			
一部負担金相当額											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 () ()															預金種別	普通 当座 貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒																
口座番号																	
口座名義人(カタカナ)																	

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり証拠書類を添えて療養費の支給を申請します。	
年 月 日	
(宛先)京都府後期高齢者医療広域連合長	
申請者	住所
	氏名 (印)
	電話番号

委任状

令和 年 月 日

【委任者】

氏 名	
住 所	

私は、療養費の（申請・受領）を、下記代理人に委任します。

【代理人】

氏 名		委任者との 関 係	
住 所			