

様式第 16 号 (第 17 条、第 19 条関係)

記入例

後期高齢者医療
療養費支給申請書

- 必要書類
・領収書 (原本)
・診療報酬明細書 (原本)

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	/	/	/	/	/	/
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療受	被保険者氏名	筑波 太郎									
公費負担者番号		養け	生年月日		昭和〇〇年〇月〇日															
公費受給者番号		をた	入外		〇〇	割合	〇割													
診療年月	〇〇年〇〇月								療養期間	年 月 日から										
診療日数	日									年 月 日まで										

種類	一般診療
傷病名	〇〇〇〇 (添付書類に記載されている傷病名をご記入ください)
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇〇〇
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇〇〇
支給申請をした理由	被保険者証を持参しなかったため
発症又は負傷の理由	第三者行為 第三者行為外の一般疾病

療養に要した費用額		領収書の金額 (10割) を記入してください。
審査認定額 ※1		療
一部負担金		食 争 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	〇〇	銀行	〇〇	本店・支店	預金種別	普通														
		信用金庫 信用組合 協同組合 ()	()	()		当座 ()														
口座番号等 左詰記載してください	1	2	3	4	5	6	7	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
口座名義人 (フリガナ)	ツ	ク	ハ	ハ		タ	ロ	ウ												

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

「口座名義人」及び「申請者」は、被保険者本人になります。(被保険者本人以外の場合には、委任状の添付が必要です。)

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

〇〇年〇〇月〇〇日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 筑波 太郎

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇