

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号									個人番号												
被保険者番号									療 養 を 受 け た	被保険者氏名											
公費負担者番号										生年月日	年 月 日										
公費受給者番号										入外		割合	割								
診療年月	年 月								療養期間	年 月 日 から											
診療日数										日	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																			
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）																		

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	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 左諸記載して下さい																				
口座名義人 (カタカナ)																				

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1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____