

様式第25号 (第17条関係)

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 受 け た 養 を	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 割合
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	

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 <small>左記記載して下さい</small>	
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 _____ 印
連絡先 _____