

基本 事項 目 欄	決 裁 欄													申請年月日										
														決 裁 年 月 日										
	保 險 者 番 号				療 養 費 区 分					保 險 種 別			入 外				点 数 表				療 養 費 デ-タ区分			
	3 9 0 9				一般診療	補償費	柔整	移送費	その他	標準額	海外療養費	単独	2併	3併	入9	外9	入7	外7	医科	歯科	調剤	訪問	柔整	申請分
	申請書整理番号				1	2	3	7	8	9	1	2	3	7	8	9	0	1	3	4	6	19	①	
				資格証明書	特定疾病	給付割合			一部負担金減免			限度額適用・標準負担額減額認定												
						一定以上			減 免			II			II 長 I									
				1	1	7			8 9			1 2			1 2			3						

後期高齢者医療療養費支給申請書

療養を受けた	被 保 険 者 番 号				被 保 険 者 氏 名				性 別		生 年 月 日			
									1:男・2:女		1:明 2:大 3:昭 年 月 日 生			
第三者行為の事実の有無				第 三 者 の 氏 名				第 三 者 の 住 所						
有・無														
傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 年 月 日				発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過						
				年 月 日										
療養内容								療 養 期 間		年 月 日 日 間 年 月 日				
医 療 機 関 コ ー ド								診 療 又 は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 歯 科 医 師 薬 剤 師 の 氏 名						
診 療、薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院、診 療 所、薬 局 そ の 他 の 者 の 名 称 及 び 所 在 地								療 養 の 種 類	1 一般診療 2 治療用装具 9 食事差額 その他 ()		添 付 書 類	1 診療内容証明書 2 医師の意見書又は診断書 3 医師の同意書 4 領収書(内訳のわかるもの) 5 その他()		
支 給 申 請 理 由									療 養 に 要 し た 費 用			円		
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。														
年 月 日				申 請 者 住 所				氏 名						
栃木県後期高齢者医療広域連合長 様				電 話 ()				-						
振 込 先	銀行 本店		金 融 機 関 コ ー ド				種 別		口 座 番 号 (右 詰 で 記 入)		口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ で 記 入)			
	信金 支店						1. 普 通							
	信組 出張所						2. 当 座							
	農協 支所						4. 貯 蓄							

決 定 欄	費 用 額		円
	負 担 区 分	支 給 決 定 額 (保 険 者 負 担 額) 1	円
		一 部 負 担 金 2	円
	他 法 負 担 分 3	円	

記入上の注意

1. 必要項目を記入、数字に○を付記してください。
2. 海外療養費の場合、療養費区分の「一般診療」にも○を付記してください。
3. 被保険者番号は、右詰で記入してください。
4. 療養費区分の「柔整」、または、「海外療養費」の場合は、医療機関コードは記載の必要はありません。