

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3 9 2 4	療 受 養 け を た	被保険者氏名					
被保険者番号			生年月日	年 月 日				
公費負担者番号			入外	入院・入院外	給付割合	7・8・9		
公費受給者番号								
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								
第三者行為の事実の有無について (有の場合は※印欄もご記入ください。)	有・無	※第三者の氏名			※第三者の住所			
	※発病又は負傷の年月			※傷病の経過				
備 考								
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					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 出張所	預金種別	1. 普通 2. 当座 ()	
口座番号等 (右語に記載)								
口 座 名 義	フリガナ							
	氏名							
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 (あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 〒 申請者 住 所 続柄 氏 名 電話番号								
委任状 私は、 を代理人と定め、この後期高齢者医療療養費支給申請により 受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 (あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 〒 被保険者 住所 氏名								

市町確認欄					広域連合確認欄	
受付者	本人確認	備 考	保険料 充当	入力日確認	確認	入力・修正
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 資格確認書・介護保険証 その他 ()		有	/		
			無			



※療養に要した費用の額を証する書類を添付してください。