

後期高齢者医療
療養費支給申請書

別紙10

市町村
(日付)
受付印

治療用装具申請の場合

保険者番号	添付書類は	療受	被保険者氏名	長 寿 花 子		
被保険者番号	左上余白にホチキス留め	養 け	生年月日	大正 13 年 9 月 10 日		
公費負担者番号		を た	入外	入院	割合	9 割
左上余白に 穴空け、綴る	令和 2 年 4 月	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
診療日数	1 日					

種 類	補装具
傷 病 名	変形性膝関節症
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇市〇〇町 1-2-3
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇整形クリニック
支給申請をした理由	補装具を製作したため
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : 自損事故 3 : 疾病等

- ・ 療養期間は記載しないでください。
- ・ 診療日数は「1日」と記載してください。
- ・ 一部負担金の1円未満は切り上げとなります。

該当の番号に丸をつけてください。

療養に要した費用額	2	3	5	3	4	食 事 回 数						
審査認定額※1						療養に要した費用額						
一 部 負 担 金				2	3	5	4	食 事 標 準 負 担 額				
支 給 金 額				2	1	1	8	0				

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 0 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 当座
口座番号等 左記記載して下さい	0 1 2 3 4 5 6	金融機関コード (4桁)	金融機関番号 (3桁) 記入
口座名義人 (カタカナ)	チ ヨ ウ シ ・ 1 ハ ナ コ		

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。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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

令和 2 年 4 月 22 日

原則、申請者欄は被保険者の情報を記入する (被保険者死亡の場合は、相続代表者)

申請者

住 所 〇〇市〇〇町 1-1-2

氏 名 長 寿 花 子 (印)

電話番号 ×××-×××-××××