

# 記入例

被保険者番号を記入してください。

## 後期高齢者医療 療養費支給申請書

氏名・生年月日を記入してください。

※個人番号の記入は不要です。

受付日  
決定日

年 月 日

保険者番号	3 9 1 1 2 2 9 7	個人番号	
被保険者番号	X X X X X X X X	療養を受けた	被保険者氏名 和光 太郎
公費負担者番号			生年月日 昭和 XX年 X月 X日
公費受給者番号			入外 割合 割
診療年月	令和〇〇年 〇月	療養期間	日 から
診療日数	日		

入院であれば⇒「入」  
外来であれば⇒「外」  
の漢字一文字を記入してください。

種 類	補装具
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	補装具を作製したため
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

記入例のとおりに記入してください。

療養に要した費用額		食 事	
審査認定額		療養に	
一部負担金		食 事	
支給金額			

該当するものを選択してください。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	本店・支店 ( )	預 金 種 別	普通 当座
-------	---	------------------------------------	---	--------------	---------	----------

被保険者本人の口座をご記入ください。

口座番号 (左詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 (カタカナ)	ワ コ ウ タ ロ ウ

被保険者本人の住所・氏名・  
電話番号を記入してください。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰め

と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合  
上記のとおり療養に要した費

年 月 日

申請者 住 所 和光市広沢1-5

記入日を記入してください。

氏 名 和光 太郎

電話番号 048-464-XXXX

※添付書類として①装具装着指示書 (医師の診断書) 「原本」  
および②領収書・領収明細の「コピー」を添付してください。