

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 養 け を た	被保険者氏名			
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
公 費 受 給 者 番 号			入 外	入院・外来	割 合	9・8・7
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	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療 ・ ()				
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	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）				

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			

振 込 先		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 業 協 同 組 合 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	1 普 通
	口 座 番 号 (7 桁)					2 当 座
	口 座 名 義 人	(カナ)				4 貯 蓄
						※姓と名の間は1字あけてください。

☐ 公金受取口座を利用します。
※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック (✓) してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

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

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒 ー

住 所

氏 名

電話番号

■市町村確認欄（収納状況）

未納	支給方法	特別な理由等（未納『有』で支給方法『口座』の場合記入）			
有・無	口座・窓口	☐ 納付誓約	☐ 減免該当	☐ 長期入院等	☐ 住所地特例 ☐ その他 ()

記入例

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	39460000	個人番号	123456789012
被保険者番号	87654321	被保険者氏名	広城 四郎
公費負担者番号		生年月日	明・大・昭 10 年 7 月 4 日
公費受給者番号		入外	入院・外 割 合 (9)・8・7
診療年月	令和 6 年 9 月	療養期間	令和 6 年 9 月 10 日 から
診療日数	1 日		令和 6 年 9 月 10 日 まで

種類	補装具 ・ 一般診療 ・ 海外診療
傷病名	第3腰椎骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	鹿児島市〇〇町〇〇番地
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院
支給申請をした理由	例1：装具が現物給付対象外のため 例2：治療上必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額	33,500	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	記入不要
一部負担金	3,350	食事標準負担額	
支給金額	30,150		

振込先	給付	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	鴨池	本店 支店 出張所 ()	預金種別	① 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号(7桁)	0002345 ※右詰でご記入ください。				
	口座名義人	(カナ) コウイキ シロウ (漢字) 広城 四郎 ※姓と名の間は1字あけてください。				

☐ 公金受取口座を利用します。
※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

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 6 年 10 月 3 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒890-0046

住所 鹿児島市鴨池新町〇〇番地

氏名 広城 四郎

電話番号 099-206-1398

申請者は被保険者

■市町村確認欄(収納状況)

未納	支給方法	特別な理由等(未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)
有・無	口座・窓口	☐ 納付誓約 ☐ 減免該当 ☐ 長期入院等 ☐ 住所地特例 ☐ その他 ()

記入例

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	39460000	個人番号	123456789012				
被保険者番号	87654321	療養費を 受けた	被保険者氏名	広城 四郎			
公費負担者番号			生年月日	明・大・昭 10 年 7 月 4 日			
公費受給者番号			入外	入院・外来	割合	(9)・8・7	
診療年月	令和 6 年 9 月	療養期間	令和 6 年 9 月 10 日 から				
診療日数	1 日		令和 6 年 9 月 10 日 まで				

種類	補装具・一般診療・海外診療)	
傷病名	第3腰椎骨折	療養期間を記入すること
診療を受けた医療機関等の所在地	鹿児島市□□町□□番地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院	
支給申請をした理由	外出時に負傷した際、救急搬送されたため、被保険者証の提示ができなかった	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）	

療養に要した費用額	40,000	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金	4,000	食事標準負担額	
支給金額	36,000		

振込先	給付	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	鴨池	本店支店 出張所 ()	預金種別	① 普通 2 当座 4 貯蓄
	口座番号(7桁)	0002345	※右詰でご記入ください。			
	口座名義人	(カナ) コウイキ シロウ (漢字) 広城 四郎	※姓と名の間は1字あけてください。			

☐ 公金受取口座を利用します。
※給付金の受取口座として、公金受取口座を希望する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は必要ありませんが、記載があった場合は上記口座への振込を優先します。

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 6 年 10 月 3 日
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 郵便番号 〒890-0046
住所 鹿児島市鴨池新町□□番地
氏名 広城 四郎
電話番号 099-206-1398

申請者は被保険者

市町村確認欄(収納状況)

未納	支給方法	特別な理由等(未納『有』で支給方法『口座』の場合記入)
有・無	口座・窓口	☐ 納付誓約 ☐ 減免該当 ☐ 長期入院等 ☐ 住所地特例 ☐ その他()