

富山県後期高齢者医療療養費支給申請書（記入例）

保険者番号	3	9	1	6	2	0	1	1	被保険者番号	0	1	7	1	2	3	4	5
被保険者氏名	広 域 次 郎																
生年月日	明治・大正・昭和 9 年 2 月 22 日										性別	男・女					

種 類	一般診療 ・ 海外診療 ・ 補装具 ・ ()																		
診療年月	平成 22 年 2 月					入外区分	入院 ・ 外来					給付割合	7割 ・ 9割						
傷病名	第4腰椎圧迫骨折										傷病年月日	平成 22 年 1 月 31 日							
原因	一般疾病 ・ 第三者行為 ・ その他 ()																		
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称	〇〇病院																	
	所在地	富山市婦中町速星〇〇番地																	
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名	立 山 太 郎																		
療養の給付を受けることができなかった理由	1 保険証を提示しなかった（理由： 旅行 ・ 紛失 ・ その他 ()） 2 補装具の装着 3 生血の提供を受けた 4 その他 ()																		
療養の期間	平成 22 年 1 月 31 日 ~ 平成 年 月 日																		

療養に要した費用額	50,000円		一部負担額	円	支給金額	円
審査認定額	広域連合で記入 円					

振込先金融機関	北 陸						銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						速 星						本店 支店 出張所	
	金融機関コード											店舗コード								
預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄												・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し姓と名の間は1字空けてください。							
口座番号	0	4	5	3	2	1	0													
口座名義人(カタカナ)	コウイキ						ジロウ													

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

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。
 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

平成 22 年 2 月 22 日

〒939-2798

申請者 住 所 富山市婦中町速星754番地

氏 名 広 域 次 郎

電話番号 076 (465) 7504

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------