

富山県後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	1	6	2	0	2	9	被保険者番号	0												
被保険者氏名																						
生年月日	明治・大正・昭和						年			月			日			性別	男・女					

種類	一般診療 ・ 海外診療 ・ 補装具 ・ ()																		
診療年月	年			月			入外区分	入院・外来			給付割合	7割・8割・9割							
傷病名										傷病年月日	年			月			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																		
	所在地																		
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名																			
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	年			月			日			～	年			月			日		

療養に要した費用額	円	一部負担額		円	支給金額		円
審査認定額	円		円	円			

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()										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																			
口座名義人(カタカナ)																			

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。

年 月 日

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ ()

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