

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	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	広 域 博																		
生 年 月 日	明治・大正・昭和 8 年 8 月 8 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・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		市町村で記入																
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																		
振 込 先 金融機関	北陸								銀行 信用金庫 信用組合 農 協 ()				高岡					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	1	2	3	4	5	6	7												
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		ヒ	ロ	シ											
富山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。																			
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。																			
令和2年 3月 11日																			
申請者欄は「被保険者ご本人」のお名前をご記入ください。																			
〒933-8601																			
住 所 富山県高岡市広小路7番50号																			
氏 名 広 域 博																			
電話番号 0766 (20) 1481																			
・装具装着証明書 ・領収書 も併せてご提出ください																			
印 広 域																			
市町村確認欄	☐ 届出人を確認済み																		