

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	4	5	被保険者番号										
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	令和					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	令和					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	令和					年	月	日	～	令和					年	月	日		

療養に要した費用額	円	一部負担額		支給金額		円
審査認定額	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。

令和 年 月 日

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____ ()

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