

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	1	1	0	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				

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 富山県

(被保険者) 氏 名

電話番号 ()

市町村確認欄	☐ 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------