

後期高齢者医療 療養費等 支給申請書

保険者番号		個人番号													
被保険者番号		被保険者氏名													
診療年月	年 月		生年月日	年 月 日											
診療日数		日	入 外		割 合		割								
種 類															
療 養 に 要 し た 費 用 の 額			食 事 回 数												
一 部 負 担 金			療 養 に 要 し た 費 用 の 額												
支 給 金 額			食 事 標 準 負 担 額												

私は、療養費等の支給を申請します。

また、この申請に関して、北海道後期高齢者医療広域連合が必要に応じ、医療機関等に対して照会することについて同意します。

① 申請日	年 月 日																	
② 申請者氏名（該当に✓）	☐ 被保険者本人 ☐ 相続人代表者（ ）																	
③ 申請者住所（該当に✓）	(被保険者本人の場合) (相続人代表者の場合) ☐ 住民票住所と同じ ☐ 申立書住所と同じ																	
④ 支給申請をした理由																		
⑤ 電話番号	— —																	
※申請書に不備があった場合に連絡します。日中に繋がる番号を記入してください。																		
⑥ 口座情報	⑥－1 口座名義人 (カタカナ)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
	⑥－2 金融機関名	銀行・信金 信組・農協 漁協・労金							⑥－3 店舗名	本店 支店 ()								
	⑥－4 口座種別	普通 ・ ()							⑥－5 口座番号	A	B	C	D	E	F	G	※「0」を省略せず、左詰めで記入	

市区町村使用欄	※該当ある場合は✓すること	(備考)	市区町村受付印
☐ 申立書受領済 ☐ 登記事項証明書等確認済 ☐ 公費確認済（確認内容は備考に記載）			