

後期高齢者医療 療養費支給申請書

療養を受けた	被保険者氏名												
	生 年 月 日				被保険者番号								
	個人番号												

診 療 年 月	年	月	療養期間	年	月	日	から	入外区分	割合
診 療 日 数		日		年	月	日	まで		

療養の種類	療養に要した費用額								
	審 査 認 定 額								
	一 部 負 担 金								
	支 給 金 額								

傷 病 名			
診療を受けた医療機関等の 名称及び所在地			
発病又は負傷の理由		第三者行為（交通事故等） の有無	有 ・ 無

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	本 店 支 店 出張所 ()	預 金 種 別	普通 当座 貯蓄
口座番号等 左記記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

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。

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者（被保険者） 〒

住 所

氏 名 ⑩ 電話番号

委任状欄	後期高齢者医療療養費支給の受領を下記の者に委任します。	年 月 日
	委任を受ける方	
	〒 住所	
	氏名 ⑩ 電話番号	
	被保険者との関係	