

基本 項目 欄	決裁欄	一般診療の場合											申請年月日							
													決裁年月日							
	保険者番号	療養費区分					海外療養費	保険種別			入外				点数表			療養費		
	3909	一般診療	補装具	柔整	移送費	その他	標準差額	単独	2併	3併	入9	外9	入7	外7	医科	歯科	調剤	訪看	柔整	データ区分
	申請書整理番号	1	2	3	7	8	9	1	2	3	7	8	9	0	1	3	4	6	19	申請分
	資証明	格書	特疾	定病	給付割合			一部負担金減免		限度額適用・標準負担額減額認定										
	1		1		7	9	1	2	3	減	免	II			II長	I				

後期高齢者医療療養費支給申請書

療養を受けた	被保険者番号	被保険者氏名					性別	生年月日						
	1 2 3 4 5 6 7 8	後期太郎					①男・2:女	1:明 2:大 ③:昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生						
第三者行為の事実の有無		第三者の氏名					第三者の住所							
有・無														
傷病名		発病又は負傷年月日					発病又は負傷の原因及びその経過							
急性上気道炎		〇〇年 〇〇月 〇〇日					原因不明 治療							
療養内容	診察と検査の上、抗生物質を処方された。					療養期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇日間							
医療機関コード						診療又は調剤に従事した 医師歯科医師薬剤師の氏名								
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地		〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇1-1					療養の種類	①一般診療 2 治療用装具 9 食事差額 その他 ()			添付書類	① 診療内容証明書 2 医師の意見書又は診断書 3 医師の同意書 ④ 領収書(内訳のわかるもの) 5 その他()		
支給申請理由		旅行中で、保険証を携帯していなかったため。					療養に要した費用		〇,〇〇〇円					
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。														
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		申請者		住所		栃木県宇都宮市本町3-9								
		氏名		後期太郎										
		栃木県後期高齢者医療広域連合長 様		電話		(〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇								
振込先	〇〇 銀行	本店		金融機関コード		口座番号(右詰で記入)		口座名義人(カタカナで記入)						
	信金	〇〇	支店	種別	0000123			コウキタロウ						
	信組		出張所	①普通										
	農協		支所	2当座										

決定欄	費用額		円
	負担区分	支給決定額(保険者負担額)	1 円
		一部負担金	2 円
		他法負担分	3 円

記入上の注意

- 必要項目を記入、数字に〇を付記してください。
- 海外療養費の場合、療養費区分の「一般診療」にも〇を付記してください。
- 被保険者番号は、右詰で記入してください。
- 療養費区分の「柔整」、または、「海外療養費」の場合は、医療機関コードは記載の必要はありません。

基本 項目 欄	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">治療用装具の場合</div>															申請年月日						
																決裁年月日						
	保険者番号			療養費区分					海外療養費			保険種別			入外			点数表			療養費	
	3909			一般診療 補装具 柔整 移装費 その他 標準差額					単独 2併 3併			入9 外9 入7 外7			医科 歯科 調剤 訪看 柔整			データ区分				
	申請書整理番号			1	2	3	7	8	9	1	2	3	7	8	9	0	1	3	4	6	19	①
			資	格	特	定	給	付	割	合	一部負担金減免		限度額適用・標準負担額減額認定									
			証	明	書	病	一	定	一	般	減		免		II	II	長	I				
			1		1		7		9		1		2		1	2					3	

後期高齢者医療療養費支給申請書

療養を受けた	被保険者番号								被保険者氏名								性別		生年月日						
	1	2	3	4	5	6	7	8	後期太郎								①男・2:女		1:明 2:大 ③:昭 〇〇年〇〇月〇〇日生						
第三者行為の事実の有無								第三者の氏名								第三者の住所									
有・ <input checked="" type="radio"/> 無																									
傷病名								発病又は負傷年月日								発病又は負傷の原因及びその経過									
手首の骨折								〇〇年 〇〇月 〇〇日								自宅居間で段差につまづき転倒 加療中									
療養内容				入院手術後、コルセットの装着				療養期間				〇〇年 〇〇月 〇〇日				〇日間									
医療機関コード								診療又は調剤に従事した 医師歯科医師薬剤師の氏名				〇〇 〇〇													
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地								〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇2-2								療養の種類		1 一般診療 ② 治療用装具 9 食事差額 その他 ()		添付書類		1 診療内容証明書 ② 医師の意見書又は診断書 3 医師の同意書 ④ 領収書(内訳のわかるもの) 5 その他()			
支給申請理由																療養に要した費用				〇〇,〇〇〇円					
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																									
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				申請者				住所				栃木県宇都宮市本町3-9													
氏名								後期太郎																	
栃木県後期高齢者医療広域連合長 様								電話 (〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇																	
振込先	〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 銀行		本店		金融機関コード				-																
	信金		〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 支店		種別		口座番号(右詰で記入)				口座名義人(カタカナで記入)														
	信組		出張所		① 普通		0 0 0 0 1 2 3				コウキ タロウ														
農協		支所		2 当座																					

決定欄	費用額		円		
	負担区分	支給決定額 (保険者負担額)		1	円
		一部負担金		2	円
		他法負担分		3	円

記入上の注意

- 必要項目を記入、数字に〇を付記してください。
- 海外療養費の場合、療養費区分の「一般診療」にも〇を付記してください。
- 被保険者番号は、右詰で記入してください。
- 療養費区分の「柔整」、または、「海外療養費」の場合は、医療機関コードは記載の必要はありません。