

基本 項目 欄	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">一般診療の場合</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		入外点表				療養費															
	3909		一般診療	補償費	柔整	移接費	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	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

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										
急性上気道炎								平成 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				平成 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。																										
平成 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 <input checked="" type="radio"/> 印														
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。

基本 項目 欄	決裁欄		治療用装具の場合										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	移接費	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	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
		1			1			7		9		1		2		1		2		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								平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日								自宅居間で段差につまずき転倒 加療中							
療養内容				入院手術後、コルセットの装着				療養期間				平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				〇日間							
								平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日															
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				添付書類			
																1 一般診療 ② 治療用装具 9 食事差額 その他 ()				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。																							
平成 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 <input checked="" type="radio"/> 印							
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				<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				0000123				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。