

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✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 申立書受領済 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等確認済 <input type="checkbox"/> 公費確認済 (確認内容は備考に記載)	(備考)	市区町村受付印
---	------	---------