

|               |         |  |    |       |     |      |     |     |         |    |    |                 |    |    |    |       |    |       |     |    |     |       |   |
|---------------|---------|--|----|-------|-----|------|-----|-----|---------|----|----|-----------------|----|----|----|-------|----|-------|-----|----|-----|-------|---|
| 基本<br>項目<br>欄 | 決裁欄     |  |    |       |     |      |     |     |         |    |    |                 |    |    |    | 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  | 補償費 | 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  | 1  | 2               | 3  | 7  | 8  | 9     | 0  | 1     | 3   | 4  | 6   | 19    | ① |
| 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     |     | 一定以上 |     |     | 一般      |    |    | 減               |    |    | 免  |       |    | II    | II長 | I  |     |       |   |
|               |         |  | 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                        |  |  |  |
|  | 01234567 |  |  |  |  |  |                             | 宇都宮 太郎 |  |  |  |  |  |                 | 1:男・2:女 |                                   | 1:明 2:大 3:昭<br>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 |         |                                   |                             |  |  |  |
| 〇〇の骨折                                  |          |  |  |  |  |  | 〇〇年 〇〇月 〇〇日                 |        |  |  |  |  |  |                 |         |                                   |                             |  |  |  |
| 療養内容                                   |          |  |  |  |  |  | 入院手術後にコルセットの装着              |        |  |  |  |  |  | 療養期間            |         | 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>〇日間<br>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<br>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<br>〇〇県〇〇市〇〇            |        |  |  |  |  |  | 療養の種類           |         | 添付書類                              |                             |  |  |  |
| 支給申請理由                                 |          |  |  |  |  |  | 治療用装具を作成したため                |        |  |  |  |  |  | 療養に要した費用        |         | 〇〇, 〇〇〇 円                         |                             |  |  |  |
|  |          |  |  |  |  |  |                             |        |  |  |  |  |  | 1 一般診療          |         | 1 診療内容証明書                         |                             |  |  |  |
|  |          |  |  |  |  |  |                             |        |  |  |  |  |  | 2 治療用装具         |         | 2 医師の意見書又は診断書                     |                             |  |  |  |
|  |          |  |  |  |  |  |                             |        |  |  |  |  |  | 9 食事差額          |         | 3 医師の同意書                          |                             |  |  |  |
|  |          |  |  |  |  |  |                             |        |  |  |  |  |  | その他             |         | 4 領収書(内訳のわかるもの)                   |                             |  |  |  |
|  |          |  |  |  |  |  |                             |        |  |  |  |  |  | ( )             |         | 5 その他( )                          |                             |  |  |  |

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号

氏名 宇都宮 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      |  | 1. 普通         |  |  |  |  |             |  | ウツノミヤ タロウ |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
|     | 信組    |    | 出張所   |  | 2. 当座   |  | 1 2 3 4 5 6 7 |  |  |  |  |             |  |           |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |
| 農協  |       | 支所 |       |  |         |  |               |  |  |  |  |             |  |           |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |

- 申請者=被保険者となります。
- 被保険者本人と振込先口座名義人が異なる場合は、委任状を添付して下さい。

|       |     |   |   |  |
|-------|-----|---|---|--|
| 欄     | 額   |   | 円 |  |
|       | 定額  |   | 円 |  |
|       | 負担額 |   | 円 |  |
| 担金    |     | 円 |   |  |
| 分     |     | 円 |   |  |
| 他法負担分 |     | 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。