

基本 項目 欄	決 裁 欄										申 請 年 月 日			決 裁 年 月 日									
	保 險 者 番 号			療 養 費 区 分					保 險 種 別		入 外			点 数			療 養 費						
	3 9 0 9			一 般 診 療	補 償 費	柔 整	移 送 費	其 他	標 準 差 額	海 外 療 養 費	単 独	2 併	3 併	入 9	外 9	入 7	外 7	医 科	歯 科	調 剤	訪 看	柔 整	療 養 費 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 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	減	免			II		II 長		I					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:男・2:女		1:明 2:大 3:昭 年 月 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							
				年 月 日											
療 養 内 容								療 養 期 間		平成 年 月 日		日間			
								平成 年 月 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							
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								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				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 年 月 日				申 請 者 住 所				氏 名				印			
栃木県後期高齢者医療広域連合長 様				電 話 ()				-							
振 込 先	銀行		本 店		金 融 機 関 コ ー ド				-						
	信金		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										
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

1. 必要項目を記入、数字に○を付記してください。
2. 海外療養費の場合、療養費区分の「一般診療」にも○を付記してください。
3. 被保険者番号は、右詰で記入してください。
4. 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。