

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					海 外 療 養 費			保 險 種 別			入 外 点 数 表				療 養 費			
	3 9 0 9			一 般 診 療	補 償 費	柔 整	移 住 費	其 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	療 養 費 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 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		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: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				年 月 日 年 月 日 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				療 養 の 種 類				添 付 書 類												
支 給 申 請 理 由				1 一般診療 2 治療用具 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()												
				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。																				
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

- 必要項目を記入、数字に○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○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。