

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✓)		☐ 被保険者本人 ☐ 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) ☐ 住民票住所と同じ ☐ 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																

【受領委任欄】受領の権限を委任する場合に使用

⑦ 委任者氏名	印																
⑧ 受任者氏名																	
⑨ 受任者生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日																
⑩ 受任者住所	(〒 —)																
⑪ 受任者電話番号	— —																

市区町村使用欄	※該当ある場合は✓すること	(備考)	市区町村受付印
☐ 申立書受領済 ☐ 登記事項証明書等確認済 ☐ 公費確認済 (確認内容は備考に記載)			