

富山県後期高齢者医療療養費支給申請書

保険者番号	3	9	1	6	2	0	1	1	被保険者番号	0	1	7	1	2	3	4	5
被保険者氏名	広 域 次 郎																
生年月日	明治・大正・昭和 9 年 2 月 22 日										性別	男・女					

種 類	一般診療・海外診療・補装具・()																		
診療年月	令和〇〇年××月					入外区分	入院・外来					給付割合	7割・8割・9割						
傷病名	第4腰椎圧迫骨折										傷病年月日	令和〇〇年××月△△日							
原因	一般疾病・第三者行為・その他()																		
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称	〇〇病院																	
	所在地	富山市婦中町速星〇〇番地																	
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名	立 山 太 郎																		
療養の給付を受けることができなかった理由	1 保険証を提示しなかった(理由: 旅行・紛失・その他()) 2 補装具の装着 3 生血の提供を受けた 4 その他()																		
療養の期間	令和〇〇年××月□□日～令和 年 月 日																		

療養に要した費用額	50,000円		一部負担額	円	支給金額	円
審査認定額	円					

振込先金融機関	北 陸						銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						速 星						本店 支店 出張所	
	金融機関コード											店舗コード								
預金種目	普通・当座・貯蓄												・口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。							
口座番号	0	4	5	3	2	1	0													
口座名義人(カタカナ)	コ ウ イ キ						ジ ロ ウ													

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、療養に要した費用に関する**証拠書類**を添えて申請します。

なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

令和〇〇年××月□□日

〒939-2798

申請者 住 所 富山市婦中町速星754番地

氏 名 広 域 次 郎

電話番号 076 (465) 7504

● 装具装着証明書 (弾性着衣装着指示書)

● 領収書を添付下さい。

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------