

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

保 険 者 番 号	3	9	0	3					個人番号											
被 保 険 者 番 号									被 保 険 者											
公 費 負 担 番 号									氏 名											
公 費 受 給 者 番 号									生 年 月 日											
診 療 年 月									入 院 ・ 外 来											
診 療 日 数									割 合											
種 類																				
傷 病 名																				
診療を受けた医療機関等の所在地																				
診療を受けた医療機関名又は施術師																				
支給申請をした理由																				
発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)																			
療養に要した費用額									食 事 回 数											
審 査 認 定 額									療養に要した費用額											
一 部 負 担 金									食 事 標 準 負 担 額											
支 給 金 額																				

①振込先口座	銀 行 信用金庫 農 協 ()	支 店 支 所 出 張 所 ()	預 金 種 別	普 通 当 座
	口座番号			
	カタカナ			
	口座名義人			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。
口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

②公金受取口座	☐ 被保険者本人の公金受取口座を利用します。また、次の事項について確認しました。
	・マイナポータルで公金受取口座の変更や抹消をした場合は、お住まいの市町村にその旨を連絡してください。
	・公金受取口座を変更した場合でも、国（デジタル庁）で預貯金口座を確認する等の審査を行うため、公金受取口座が変更登録されるまでに一定の時間が必要となり、変更前の口座に振り込む場合があります。
	・公金受取口座を抹消した場合、申請書を改めて提出する必要があります。

※受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「②公金受取口座」の「☐」にチェック（✓）してください。

※公金受取口座に☒がある場合でも、公金受取口座が登録されていない場合や、①の口座と相違している場合、①の口座へ振り込みます。

※②公金受取口座を利用する場合も「①振込先口座」の欄は必ず記入してください。

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。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様 印

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

市町村受付確認

市町村入力確認

広域審査確認