様式第６号（第８条関係）

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									被保険者氏名												
公費負担番号																					
公費受給者番号									生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日											
診療年月	年　月								入院・外来				療養期間	年　月　日から							
診療日数	日								割合	割				年　月　日まで							

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																					

該当するものに〇をつけて下さい。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。

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																				

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。

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

〒　　－

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	