後期高齢者医療　療養費支給申請書

受付日　　令和　　年　　月　　日

決定日　　令和　　年　　月　　日

保険者番号	3	9	3	6	2	0	1	7
被保険者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								

療養を受けた	個人番号		
	被保険者氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	
	入 ／ 外	割合	7割 ・ 8割 ・ 9割

診療年月	令和　　年　　月	療養期間	令和　　年　　月　　日 から
診療日数	日		令和　　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等	
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)

※傷病の原因が交通事故等の場合、事業課求償係までご連絡下さい。

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額　※1		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○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。

振込先金融機関の欄	銀行 金庫 組合 農協 (　　)	本店(所) 支店 支所 出張所 (　　)	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他
			金融機関コード	
			支店コード	
口座番号(7桁)				
口座名義人 カナ				
口座名義人 漢字				

口座名義人は左づめで記入してください。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。

委任状

私は，次の者を代理人と定め，後期高齢者医療療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

代理人(口座名義人)　住所

氏名

委任者(被保険者)　氏名　　㊞

上記のとおりに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。

令和　　年　　月　　日

徳島県後期高齢者医療広域連合長　殿

申請者　住所

氏名

連絡先　　－　　－

届出人(記入者)

氏名

電話番号

（裏面）

【　記　入　不　要　】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にする)こと。

市町村処理欄

個人番号確認	身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 個人番号カード	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 通知カード	□ 運転免許証	□ 特定疾病療養受療証	□ 無料乗車証(バス)
□ 住民票の写し	□ 運転経歴証明書	□ 重度医療費受給者証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 職員が記載	□ 身体障害者手帳	□ 介護保険被保険者証	□ 診察券(給付履歴あり)
	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 介護保険負担割合証	□ 資格情報のお知らせ
	□ 療育手帳	□ 年金証書・年金手帳	□
	□ 旅券	□	
	□ 住民基本台帳カード		
	□		
			□ 聞き取り(診・ロ・年・家・5)

代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 同一世帯員	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 戸籍謄本等(法定代理人)	□ 運転免許証	□ 減額・限度額認定証	□ 無料乗車証(ﾊﾞｽ)
□ 委任状(任意代理人)	□ 運転経歴証明書	□ 特定疾病療養受療証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 申請者の資格確認書	□ 身体障害者手帳	□ 重度医療費受給者証	□ 診察券(給付履歴あり)
□ 保護受給証明書	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 資格確認書(後期以外)	□ 資格情報のお知らせ
□ 個人番号カード	□ 療育手帳	□ 高齢受給者証	□
□ その他(上記が困難な場合)	□ 介護支援専門員証	□ 介護保険被保険者証	
	□ 旅券	□ 介護保険負担割合証	
	□ 住民基本台帳カード	□ 年金証書・年金手帳	
	□	□	
			□ 聞き取り(診・ロ・年・家・5)