

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	被保険者番号	0
被保険者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 性別 男・女

種類	一般診療・海外診療・補装具・()							
診療年月	平成	年	月	入外区分	入院・外来	給付割合	7割・9割	
傷病名				傷病年月日	平成	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							
	所在地							
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名								
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	平成	年	月	日	～	平成	年	月 日

療養に要した費用額	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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	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		
口座名義人(カタカナ)		

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。

平成 年 月 日

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____ ()

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