後期高齢者医療療養費（一般）支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	□明治 □大正 □昭和　年　月　日

該当箇所に☑をつけてください

下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。

平成　　年　　月　　日

宮城県後期高齢者医療広域連合長　様

氏　名　　㊞

連絡先　☎　　―　　―

〒　　―

住　所

添付書類

- 診療報酬明細書（レセプト）
- 領収書
- 通帳の写し

（受付日付印）

● 療養に関すること

・該当箇所に☑をつけてください。
・１割の保険証の方は９割、３割の保険証の方は７割となります。

傷病名		**発病または負傷の理由**	
支給申請した理由			
医療機関所在地	〒　　―		
医療機関名称		**担当医師名**	
診療年月	平成　年　月	**給付区分**	□入院９割　□入院７割　□外来９割　□外来７割
診療期間及び日数	平成　年　月　日～平成　年　月　日　日間		
療養に要した費用額	円		

● お振込先

・振込先口座は原則として、申請者本人の口座をご指定下さい。
・やむを得ず申請者以外の口座に振込みをご希望される場合は、裏面委任状にご記入下さい。

振込先	金融機関コード　　□銀行 □信用金庫 □信用組合 □協同組合 □（　）該当箇所に☑をつけてください	店舗コード　　□本店 □支店 □出張所 □（　）該当箇所に☑をつけてください	預金種目	□普通 □当座 □貯蓄 □（　）該当箇所に☑をつけてください
口座番号		・口座番号は7桁となります。 ・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（カタカナ）		・姓と名の間は1マスあけて、左づめで記入して下さい。 ・小文字を含む文字（例：ｲﾘｮｳ）はすべて大文字（例：ｲﾘﾖｳ）として記入して下さい。		

様式 H21.7～	市区町村確認欄	入力	□入力不要（窓口端末）	メモ			
	広域連合確認欄	療養に要した費用額	円	一部負担金相当額	円	支給予定金額	円
		療養に要した費用額	円	一部負担金相当額	円	支給金額	円

後期高齢者医療療養費（一般）支給申請書（裏面）

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。									委任日	平成			年			月			日
代理人	住所	〒　　―															
	氏名	㊞															
	申請者との関係							連絡先	☎　　－　　－								
申請者	住所	〒　　―															
	氏名	㊞															