後期高齢者医療療養費支給申請書

太枠内に記入してください。また、該当するものに○をつけ、該当するものがない場合は(　)内に記入してください。

保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	広域　次郎
公費負担者番号			
公費受給者番号		生年月日	明・大・(昭) 11年 1月 1日
診療年月	令和6年 8月	入院外来区分	入院・(外来等)
		負担割合	(1割)・2割・3割
診療日数	日	診療期間	8月 1日 ～ 月 日

種類	1 一般　2 海外　(3 治療用装具)　4 柔道整復　5 マッサージ　6 鍼灸 7 移送　8 生血　その他(　)
傷病名	膝関節靭帯損傷
診療を受けた医療機関等の所在地	京都市下京区〇〇〇〇〇〇〇〇123番地
診療を受けた医療機関名又は施術師	広域業務大学医学部付属病院
支給申請した理由	装具業者は医療機関ではないため
傷病の原因	□ 第三者行為(交通事故等)　☑第三者行為(交通事故等)以外

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	
一部負担金相当額		食事標準負担額	
支給金額			

振込先	京都広域　(銀行)・信用金庫・信用組合・協同組合(　)　広域　本店・(支店)・出張所(　)	預金種別	(普通)・当座・貯蓄
	金融機関コード(4桁)と店舗コード(3桁)が分かる場合は記入してください。 ⇒ 9 9 9 9 0 1 2		
口座番号	0 1 2 3 4 5 6		
口座名義人(カタカナ)	コウイキ　シ゛ロウ		

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおりに療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。

令和 6 年 9 月 13 日

(宛先)京都府後期高齢者医療広域連合長

〒 600-0000

申請者　住所　京都市下京区烏丸通四条下る〇〇町〇〇番地

氏名　広域　次郎

電話番号　075 - ●●● - ●●●●

※治療用装具の場合

〇記入漏れがないか確認してください。

〇通知カード、マイナンバーカード等を持参されている場合は記載されている番号を記載してください。

〇「診療年月」は医師の作成した意見書に記載されている証明日の属する年月を記入してください。
〇「入院外来区分」は申請者に確認し、入院又は外来（通院）のいずれかに丸をつけてください。
〇「診療期間」は医師の作成した意見書に記載されている診察日を記入してください。

〇種類を選択し丸をつけ、傷病名、医療機関の所在地、医療機関名、医療費全額を支払った理由を記入してください。
　医療費全額を支払った理由については、治療用装具の場合は空欄でも可です。
〇傷病名、医療機関の所在地、医療機関名は医師の作成した意見書に記載されています。

〇第三者行為のチェックがどちらかにあるかを確認してください。交通事故や傷害等、加害者の行為が原因で負傷され、治療用の装具を作成された場合は、「第三者の行為（交通事故等）」を、それ以外の場合は「第三者の行為（交通事故等）以外」をチェックします。第三者行為である場合は加害者が判明しているものは、加害者に賠償請求するよう案内し、賠償請求する場合は申請書を返却してください。加害者が行方不明、相手方から速やかに賠償金が支払われない等やむを得ない場合は支給になるため、やむを得ない事由について申請書に補記し、第三者行為被害届と

※金額等はセンターで記入するため、記入不要です。

〇金融機関コード（４桁）が不明な場合は空白にしてください（支店コード（３桁）は記入してください。）。
※口座番号等の記入誤りを防ぐため，キャッシュカードや預（貯）金通帳等を持参されている場合は確認をお願いします。
※振込口座等の記入内容に誤りがあった場合は，振込予定日に入金できない可能性があります。

〇申請日，申請される方のご住所，氏名を記入してください。
〇申請書の提出者や療養費の受領者は原則として被保険者本人となります。委任する場合は別途委任状により，代理権が授与されていることを証する必要がありますので，申請書と併せて委任状を提出してください。