

後期高齢者医療特別療養費支給申請書

個人番号															
保険者番号															
被保険者番号													負担割合	割	
診療を受けた 被保険者氏名											生年月日	年 月 日			
療養を取り扱った 保険医療機関 等又は訪問看護 ステーションの 名称及び所在地	名 称														
	所在地														
傷 病 名															
発病又は 負傷の原因											第三者行為(交通 事故等)の有無		有 ・ 無		
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)														
療養に要した 費用の額	診 療 費.....円														
	食事療養費・生活療養費.....円														
備考 費用額 一部負担額 支給決定額 (円) × (円) = (円)															
振 込 先 金 融 機 関												預金種別			
銀 行・信用金庫 信用組合・労働金庫 協同組合												本 店 支 店 出張所 ()		普 通 当 座 貯 蓄	
口 座 番 号								口 座 名 義 人							
								フリガナ							
								氏 名							

上記のとおり療養費を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(自署の場合は押印不要)

連絡先

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長