

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												
被保険者証番号											負担割合	1割・3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