

## 後期高齢者医療特別療養費支給申請書

受付日 年 月 日 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号(12桁)					
被保険者資格証明書記号番号		療 受 け た	被保険者氏名				
公費負担者番号			生年月日	年	月	日	
公費受給者番号			入外	割合	割		
診療年月	年	月	療 養 期 間	年	月	日	から
診療日数	日			年	月	日	まで

種 類						
傷 病 名						
発病又は負傷の理由						
診療を受けた医療機関等の所在地						
診療を受けた医療機関名又は施術師						
支給申請をした理由						

療養に要した費用額		食 事 回 数		
審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額		
一部負担金		食事標準負担額		
支給金額				

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店 支 店 ( )	市町担当課等に通帳を持参し、担当者の確認を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認でも可。	通帳 確認 欄
	金融機関コード		支店コード		
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>		預金種別	普通 ・ 当座 ・ ( )		
口座名義人 (カタカナ)					

1. 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。
2. 口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
3. この申請書提出にあたり、口座確認のため、市町担当課等に通帳を持参し担当者の確認を受けてください。通帳を持参されない場合や郵送等で申請書を提出される場合は、通帳の写し(金融機関、支店、種別、口座番号、口座名義の確認できるページ)を添付してください。郵送等の場合で通帳の写しが添付できない場合、ゆうちょ銀行以外は、金融機関の確認(金融機関の口座開設支店で通帳確認欄にチェックをしてもらってください)でも可とします。  
なお、支給にあたっては、お住まいの市町の後期高齢者医療担当課の窓口において支払いする場合があります。

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。

年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合様

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任状

上記請求に基づく特別療養費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

届出者名		本人との続柄	
届出者住所		届出者電話番号	