

記入例

【注意】消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

様式第 16 号（第 17 条、第 19 条関係）

後期高齢者医療 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	3 9 0 8 3 0 2 7	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	療受	被保険者氏名 茨城 太郎
公費負担者番号		養け	生年月日 昭和 ○年 △月 □日
公費受給者番号		をた	入外 割合
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	補装具
傷病名	〇〇骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇市××12-1
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院
支給申請をした理由	(例) 治療のため 等
発症又は負傷の理由	第三者行為 第三者行為外の一般疾病

医師の指示書等
に書いてある
とおりに記載
してください。

療養に要した費用額	食事回数
審査認定額 ※1	事件・事故等によるケガの場合
一部負担金	転倒・病気等によるケガの場合
支給金額	

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。

振込先	広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	茨城 本店・支店	預金種別	普通 当座
口座番号等 左詰記載してください	0 1 2 3 4 5 6				
口座名義人 (フリガナ)	イ ハ ` ラ キ	タ ロ ウ			

口座名義人はカタカナで上段より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。

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。

令和〇〇年××月△△日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 住所 茨城町〇〇123-1
氏名 茨城 太郎
連絡先 029-XXXX-XXXX