

様式第25号(第13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						被保険者氏名		
被保険者番号								
公費負担番号						生年月日	年	月 日
公費受給者番号						区分	入院	・ 外来
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								
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								
発病又は負傷の理由								

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	本店	普通	口座番号				
	信用金庫	支店		(フリガナ)				
	信用組合	出張所			口座名義人			
協同組合	()	()						

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 申請者 住 所 _____

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 _____

電話番号 () _____

委任欄	年 月 日	委任者	住 所	_____		
			氏 名	_____		
	私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。					
			代理人	住 所	_____	
			氏 名	_____		