



受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号		被保険者氏名	広域 太郎			
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	生年月日	大正 年 月 日			
公費負担番号		区分	入院	外来	負担割合	1割
公費受給者番号		診療年月	平成 年 月 日 から			
診療日数	日	療養期間	平成 年 月 日 まで			

種類	一般診療
傷病名	一過性脳虚血症
診療を受けた医療機関等の所在地	福島県福島市 町 番 号
診療を受けた医療機関名又は施術師	広域クリニック
支給申請をした理由	やむを得ない理由により、病院に被保険者証の提示ができなかったため
発病又は負傷の理由	不明

療養に要した費用額	1 0 0 0 0	食事回数	
審査認定額	1	療養に要した費用額	
一部負担金	1 0 0 0	食事標準負担額	
支給金額	9 0 0 0	銀行・支店コードは必ず記入してください。	

振込先	銀行	本店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫	支店	(フリガナ)	コウイキ タロウ
	信用組合	出張所	口座名義人	広域 太郎
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。  
〒 960-8043  
平成 年 月 日 申請者 住所 福島県福島市中町8番2号

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 広域 太郎  
電話番号 (0248) 528 -

平成 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。

申請者以外の口座を指定する場合は、必ず記入してください。 代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_