

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

提出者等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	氏名	広域 太郎 <small>(署名又は記名押印)</small>	電話番号	0248-528-△△△△
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	住所	福島県福島市中町8番2号		

保険者番号		個人番号	000123456789
被保険者番号	12345678	被保険者氏名	広域 太郎
公費負担番号		生年月日	大正〇〇年〇〇月〇〇日
公費受給者番号		区分	入院・ 外来
診療年月	平成△△年〇〇月	療養期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで
診療日数	〇 〇 日	負担割合	1割

傷病名	悪性腹膜炎
診療を受けた医療機関等の所在地	福島県福島市〇〇町〇〇番〇〇号
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	高齢者の医療の確保に関する法律により立て替え払いとするため
発病又は負傷の理由	特になし

銀行・支店コードは必ず記入してください。

療養に要した費用額	100000	審査認定額 ※	1
一部負担金		支給金額	100000

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所	普通 当座 ()	口座番号	1234567
				(フリガナ)	コウキ タロウ
				口座名義人	広域 太郎

担当医師 記入欄	移送を必要と認めた理由 (付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由) 東京都立がんセンターで手術を行うため、緊急の移送が必要であった。なお、移送中は付添人により様態を常に観察する必要性があると判断した。			
	移送年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	移送区間及び経路	福島市～東北自動車道～ 首都高速～東京都杉並区 (詳細別途)
	移送方法	民間救急車	移送に要した費用の額	100,000 円
	平成〇〇年〇〇月〇〇日		医療機関等名	広域クリニック
		担当医師名	中町 一郎	

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

平成〇〇年〇〇月〇〇日 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 - △△△△

受領委任欄	平成〇〇年〇〇月〇〇日 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受任者に委任します。
	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。
	受任者 住所
	氏名

受付欄	個人番号の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()