

# 後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 令和 年 月 日  
 決定日 令和 年 月 日

保険者番号	3	9	2	3	2	1	5	2	個人番号												
被保険者番号									被保険者氏名												
公費負担者番号									生年月日	大正・昭和			年	月	日						
公費受給者番号									診療年月	年		月	入外	入院・外来	割合	7割・8割・9割					
診療日数			日		療養期間	年		月	日	～	年		月	日							

種類	補装具・海外療養費・自費診療・移送費
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	

療養(移送)に要した費用額						円	食事回数					回
審査認定額						円	食事療養に要した費用額					円
一部負担金額						円	食事標準負担額					円
支給金額						円						

該当するものに○をつけて下さい。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。  
 口座名義人はカタカナで左詰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字空けてください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座 ( )
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)  
 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。  
 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日  
 愛知県後期高齢者医療広域連合長 様  
 〒 \_\_\_\_\_

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者以外が申請する場合および被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

**(委任欄) 代理人** (住所) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_  
 (被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にチェック(✓)してください。)  
 この申請書における療養費等の申請に関すること。  
 この申請に基づく療養費等の受領に関すること。

**被保険者** (住所) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

<p>市区町村確認欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">受</td> <td style="width: 25%;">入</td> <td style="width: 25%;">確</td> <td style="width: 25%;">認</td> </tr> <tr> <td>付</td> <td>力</td> <td>認</td> <td></td> </tr> </table> <p>海外療養費の申請に必要な添付書類                  診療明細書(翻訳文を添付) 領収書明細書                  領収書 同意書 パスポート等の写し</p>	受	入	確	認	付	力	認		<p>広域連合確認欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">確</td> <td style="width: 25%;">認</td> <td style="width: 25%;">訂</td> <td style="width: 25%;">正</td> </tr> <tr> <td>認</td> <td></td> <td>正</td> <td></td> </tr> </table> <p>自費診療分の申請に必要な添付書類                  診療報酬明細書 領収書</p>	確	認	訂	正	認		正		<p>補装具の申請に必要な添付書類                  医師の証明書 領収書 装着証明書</p> <p>移送費の申請に必要な添付書類                  医師の意見書 移送に係る費用の領収書</p>
受	入	確	認															
付	力	認																
確	認	訂	正															
認		正																

後期高齢者医療 療養費支給申請書

**記入例  
(公金受取口座を利用しない場合)**

個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
被保険者氏名	犬山 次郎											
公費負担者番号												
公費受給者番号												
生年月日	大正・昭和			15			年			4月1日		
診療年月	年			月			入外			入院・外来		
診療日数	日			療養期間			年			月		

種類	補装具・海外療養費・自費診療・移送費
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	

療養(移送)に要した費用額	円	食事回数	回
審査認定額	円	食事療養に要した費用額	円
一部負担金額	円	食事標準負担額	円
支給金額	円		

該当するものに○をつけて下さい。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。口座名義人はカタカナで左詰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字空けてください。

振込先	A	銀行 信用金庫 農業協同組合 ( )	B	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座 ( )	
口座番号 <small>左詰記載して下さい</small>	0	1	2	3	4	5	6
口座名義人 <small>(カタカナ)</small>	イ	ヌ	ヤ	マ	シ	ロ	ウ

(チェックボックス)は空欄のままにし、振込先口座を記入してください。  
 ※「振込先口座」と「 公金受取口座を利用します。」の両方が記入されている場合は、公金受取口座に登録されている口座が優先されます。

公金受取口座を利用します。  
 ※ 給付金にチェック  
 ※ 公金受取口座を利用  
 上記のとおり関係書  
 令和●●年●月●日  
 愛知県後期高齢者医療  
 〒484-●●●●  
 申請者 住所 犬山市大字犬山字〇〇△△  
 氏名 犬山 次郎 続柄 本人  
 電話番号 0568-△△-●●●●

被保険者以外が申請する場合および被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

(委任欄) 代理人	(住所)	(氏名)	(被保険者との関係)
私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任し			
<input type="checkbox"/> この申請書における療養費等の申請			
<input type="checkbox"/> この申請に基づく療養費等の受領			
被保険者	(住所)	(氏名)	(電話番号)

本人以外が申請または療養費等を受領する場合は、記入が必要です。  
 その場合は、公金受取口座は利用できないため、振込先口座を記入してください。

市区町村確認欄

受付	入力	確認
----	----	----

海外療養費の申請に必要な添付書類  
 診療明細書(翻訳文を添付) 領収書明細書  
 領収書 同意書 パスポート等の写し

広域連合確認欄

確認	訂正
----	----

自費診療分の申請に必要な添付書類  
 診療報酬明細書 領収書

補装具の申請に必要な添付書類

医師の証明書 領収書 装着証明書

移送費の申請に必要な添付書類

医師の意見書 移送に係る費用の領収書

後期高齢者医療 療養費支給申請書

**記入例  
(公金受取口座を利用する場合)**

個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
被保険者氏名	犬山 次郎												
生年月日	大正			昭和	15			年		4		1	日

種類	補装具	・	海外療養費	・	自費診療	・	移送費
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							

療養(移送)に要した費用額	円	食事回数	回
実費認定額	円	食事療養に要した費用額	円

**公金受取口座を利用する場合、振込先口座の記入は不要です。ただし、公金受取口座の確認に1週間程度かかり確認の結果登録が無い場合は、申請書をお返しますので、再度申請が必要です。(個人番号は確認できないように塗りつぶしてお返します。ご了承ください。)**

口座番号												
口座名義人(カタカナ)												
<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座												

**次の場合は、公金受取口座を利用できません。**

- ①マイナンバーカードによる公金受取口座を登録していない場合
- ②本人以外が申請する場合
- ③被保険者本人の口座以外の口座に振込みを希望する場合

上記のとおり関係書類  
令和 ●●年 ◆◆  
愛知県後期高齢者医療広域連合

申請者 住所 犬山市大字犬山字〇〇△△  
氏名 犬山 次郎 続柄 本人  
電話番号 0568-△△-●●●●

被保険者以外が申請する場合および被保険者の口座以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入をして下さい。

(委任欄) 代理人 (住所) \_\_\_\_\_  
(氏名) \_\_\_\_\_  
(被保険者との関係) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、次の権限

この申請書における療養費の申請

この申請に基づく療養費の受領

被保険者 (住所) \_\_\_\_\_  
(氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

**本人以外が申請または療養費等を受領する場合は、委任欄の記入が必要です。その場合は、公金受取口座を利用できませんので、公金受取口座を利用しない場合の対応となります。**

市区町村確認欄

受付	入力	確認
----	----	----

広域連合確認欄

確認	訂正
----	----

補装具の申請に必要な添付書類  
医師の証明書 領収書 装着証明書

海外療養費の申請に必要な添付書類  
診療明細書(翻訳文を添付) 領収書明細書  
領収書 同意書 パスポート等の写し

自費診療分の申請に必要な添付書類  
診療報酬明細書 領収書

移送費の申請に必要な添付書類  
医師の意見書 移送に係る費用の領収書