様式第19号(第14条関係)

後期高齢者医療
療養費等支給申請書

受付日　　年　月　日
決定日　　年　月　日

保険者番号		療養を受けた	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　年　月　日
公費受給者番号			入外　07：入院9割　08：外来9割　09：入院7割　00：外来7割
診療年月	年　月		
診療日数	日	療養期間	年　月　日　から 年　月　日　まで

種類	01. 一般診療　02. 海外診療　03. 補装具　04. あんま・マッサージ　05. はり・きゅう　06. その他
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	医療機関コード
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為(交通事故等)　2：その他(自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		食事療養に要した費用額	
一部負担金		食事療養標準負担額	
支給金額			

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は(　)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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所) 支店(所) 金融機関コード	預金種別　普通 当座 (　)
口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)			

口座名義人はカタカナで上段より左詰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。

年　月　日

(あて先)　福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

申請者　住所

氏名

連絡先