

後療期高齡者申請醫療費支給

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号					個人番号					/ / / / / / / /			
被保険者番号					療受 養け をた	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				割 合	割		
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	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)

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

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに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

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者

住 所

氏名

連絡先