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		個人番号	
被保険者番号		療養を受けた	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	1：負担区分誤り　　2：装具装着 3：その他（急病等）（　　）
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）　　2：自損事故・疾病等　　3：業務上の事故 4：その他（　　）

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

振込先

下記「ア」「イ」のどちらかに〇をつけ、必要事項を記入してください。
※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

ア　公金受取口座を振込先に指定します。
※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。
※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。

イ　以下の口座を振込先に指定します。
※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。
※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	店名	本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 その他 （　　）
口座番号			網掛け部は記入不要です。		該当するものに〇をつけてください。
口座名義（カタカナ）					

口座名義は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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛　　年　　月　　日

申請者（被保険者または相続人代表者）

郵便番号＿＿＿＿＿＿　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄

上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者（口座名義人）
〒　　－
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任者（申請者）　（記入日）　年　　月　　日
住　所：　同上
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
申請者が手書きまたは記名押印してください。