

保険者番号	39232145	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	8 9 2 3 2 1 4 4		生年月日	大・昭	年	月 日
公費受給者番号	0 0		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	補装具
傷 病 名	別添のとおり
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	〃

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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預金種別	普通座 ()

[illegible]

※ 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。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 蒲郡市 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

(委任欄)

代理人(住所) _____ (氏名) _____

(連絡先) _____ (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。(該当するものにレ点を付けてください。)

☐ この申請書における療養費の申請に関すること。 ☐ この申請に基づく療養費の受領に関すること。

被保険者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄				
受付		入力		確認

広域連合確認欄			
確 認		訂 正	

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

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