様式第11号（第25条関係）

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付印

受付日　　　　　　年　　　月　　　日
決定日　　　　　　年　　　月　　　日

保険者番号	3	9	2	0					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 発病等の年月日	
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	
診療等に従事した医師等の氏名	
支給申請をした理由	※食事療養、生活療養、評価療養又は選定療養を含むときは、その旨も記載してください。
発病又は負傷の理由、傷病の経緯	※第三者の行為によるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所も記載してください。

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			

該当するものに○をつけてください。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。

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 本所・支所 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
口座番号等 左詰で記載して下さい					
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

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者　　住　所

（被保険者）　氏　名　　　　　　　　　　印

連絡先

市町村処理欄	受付		入力							