

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

Insurance and beneficiary information table including fields for insurance number, personal number, insured name, birth date, and treatment period.

Medical details table including fields for injury name, treatment location, treatment facility name, and reasons for application.

Financial information table including fields for nursing fees, meal frequency, and payment amounts.

該当するものに○を付けてください。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。

Payment and account information table including fields for bank type, branch, account type, and account number.

口座名義人は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

Declaration and signature area with text: '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。' and fields for date and signature.

(用紙規格 A4)

Administrative stamp area with labels: 受付印, 身元確認, 番号確認.