様式第22号(第14条、第15条、第16条関係)

色付きの枠内をご記入ください

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

保険者番号	3	9	1	2	2	0	6	4	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

10割の医療費を支払ったとき：01一般療養費
治療用装具（コルセット等）を作成したとき：03補装具

該当の診療が、入院か外来かを記入

種類	01一般療養費、02海外療養費、03補装具、04あんま・マッサージ、05はり・きゅう 07移送、08生血、09保険外療養費、49その他療養費
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）　　2：その他（自損事故・疾病等）

診断書等に記載されている傷病名を記入

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額 ※1		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			

該当するものに〇をつけてください。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 (　　)	預金種別　普通 当座 (　　)
口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)			

療養を受けた人の口座情報

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

療養を受けた人の情報

申請者

住　所

氏　名

連絡先