

【記載例】下記の①～⑤の箇所についてご記入いただき、振込先口座の通帳の見開き1ページ目(カードでも可)のコピー、領収書のコピー、医師の意見書の原本、装具装着証明書の原本、装具の仕様書の原本(仕様書については領収書が兼ねている場合も有りますので、装具作成業者にご確認ください。)を添付し提出してください。

被保険者番号(8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7	療養を受けた	② 被保険者ご本人のお名前・生年月日・性別 をご記入ください。 20年4月1日			
公費 公費			入外		割合	割
		療養期間	年	月	日	から
診療日数	日		年	月	日	まで

① 被保険者証に記載されている「被保険者番号(0から始まる8桁の数字)」をご記入ください。

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	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等)

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			

③ 被保険者ご本人の口座情報(振込先金融機関名とその支店名、口座番号、預金種別、口座名義人)をご記入ください。 【注意: 被保険者ご本人以外の口座への振込を希望される場合】 被保険者ご本人とは別の方名義の口座への振込を希望される場合は、本申請書下部の「委任状」欄にご本人のご署名を、そして、本申請書中部の申請者欄および振込先口座記入欄には振込を希望される方のご署名および必要事項を記入してください。	市町担当課等に通帳を持参し、担当者署名・確認印を受けてください。通帳の写しの添付、金融機関の確認印でも可。	通帳確認印
振込先	当座・()	

- 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。
- 口座名義人はカタカナで記入してください。姓と名の間は1字あけてください。
- この申請書提出にあたり、参されない場合や郵送等で()を添付してください。郵送の場合は、振込先口座開設支店で通帳確認印を捺印してください。なお、支給にあたっては、お住まいの市町担当課の窓口において支払いする場合があります。

④ 申請書を提出される日付をご記入ください。

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。

令和2年3月1日

滋賀県後期高齢者医療広域連合様

申請者

〒526-8501
住所 滋賀県長浜市八幡町6-2番地

⑤ 申請される方のご署名をお願いします。
(申請者=振込先名義人としてください。)

電話番号 0749-65-6527

委任状

上記請求に基づく療養費の申請を上記の者に委任します。

年 月 日 委任者 住所

氏名

※ 申請者とは別の方が申請書の記入および窓口への届出をされる場合は、記入(届出)される方のお名前・ご住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。

届出(書類に不備があった場合などに、連絡させていただくことがあります。) 届出者電話番号