様式第16号（第12条関係）

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	3	2				
被保険者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								
診療年月	年　　月							
診療日数			日					

個人番号				
療養を受けた	被保険者氏名			
	生年月日	年　　月　　日		
	入外		割合	割
療養期間	年　　月　　日から			
	年　　月　　日まで			

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：私傷病（疾病・自損事故等）　２：第三者行為（交通事故被害等）

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 （　　　）	預金種別	普通 当座 （　　　）
口座番号等 左詰記載してください				市町村確認欄
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

島根県後期高齢者医療広域連合長　様

〒
申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿