

後期高齢者医療
特別療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名			
被保険者資格証明書の記号番号			生年月日	年	月	日
公費負担者番号			入外		割合	割
公費受給者番号			療養期間		年	月
診療年月	年 月			年	月	日まで
診療日数	日			年	月	日まで

傷病名	
療養を取り扱った保険医療機関又は訪問看護ステーションの所在地	
療養を取り扱った保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称	
発病又は負傷の理由	

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			

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			
口座名義人 (カタカナ)				

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。

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 _____ 印

連絡先 _____