第２５号様式（第１９条関係）

後　期　高　齢　者　医　療　療　養　費　支　給　申　請　書

保険者番号	3	9	2	1	2	1	6	2	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									
診療年月	令和　　年　　月								療　養　期　間	年　　月　　日　から												
診療日数	日									年　　月　　日　まで												
種　　類																						
傷　病　名																						
診療薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名　称																					
	所在地																					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名																						
療養を受けることができなかった理由	１．保険医療機関でない医療機関で受診 理由（　　） ２．保険者証を提出しなかった。 理由：　旅行・紛失・その他（　　） ３．補装具を装着した。 ４．生血の提供を受けた。 ５．その他（　　）																					
発病又は負傷の理由	１：第三者行為（交通事故等）　　２：その他（疾病等・自損事故）																					
疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときはその者の住所及び氏名	住　所																					
	氏　名																					
傷病の経過									療養の内容													
療養に要した費　用　額	円								食事回数	回												
審査認定額※	円								食事療養に要した費　用　額	円												
一部負担金※	円								食事標準負担額	円												
支給金額※	円								※の欄は記入不要です。													
口座振込先	金融機関名																			口座種別		
	銀　行・信用金庫 農　協・信用組合 （　　）									店 （　　）										普　通　・　当　座 （　　）		
	口座番号								フリガナ													
									口座名義人													

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

岐阜県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　　郵便番号

住　　所

氏　　名

電　　話　（　　）　　－

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をしてください。

委任欄	岐阜県後期高齢者医療広域連合長　様 私はこの療養費支給申請を下記の者に委任します。 委任する人（被保険者） 住　所 氏　名 委任を受ける人 住　所 氏　名 委任する人（被保険者）との関係

広域連合受付印	市町村受付印