

後期高齢者医療 療養費支給申請書

保険者番号		被保険者番号	
個人番号			
公費負担者番号		公費受給者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
診療年月	令和 年 月	入院 ・ 外来	3割・2割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ）
診療日数	日	診療期間	年 月 日～ 年 月 日
種類		傷病名	
医療機関等名称・所在地			
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	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
円	円	円	円

☐ 公金受取口座を利用します。
※給付金等の受取口座として、マイナポータルに事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（☒）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（下記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座振込依頼欄	銀行・農協 信金・信組 ()		本店 支店 ()	種別	口座番号					
	金融機関コード		支店コード	普通 ()						
	口座名義人	フリガナ								
		氏名								

群馬県後期高齢者医療広域連合長 あて
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。なお、保険料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、療養費の全部又は一部を差し止めることに同意します。

申請者 (被保険者・申立人)	住所	〒	申請日	令和 年 月 日	
				被保険者との続柄	
	氏名			電話番号	
				()	

☐ 私は下記の受領者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

※振込先口座が申請者以外の名義の場合のみ記入 受領者 (上記口座名義人)	住所	〒	申請者との続柄		
	氏名			電話番号	
				()	

※申請者以外が窓口 に提出する場合のみ記入 来庁者	住所	〒	申請者との続柄		
	氏名			電話番号	
				()	

受付印	受付日	令和 年 月 日
	市町村受付	市町村担当

広域記入欄	支給決定日	年 月 日			広域担当
	金額	資格	不備	入力	
	海外・一般・マッサージ・移送・割合差額・ ()				

後期高齢者医療 療養費支給申請書

保険者番号		被保険者番号	01234567
個人番号	01234567	8910	
公費負担者番号		公費受給者番号	
被保険者氏名	広城 太郎	生年月日	明 大・昭 5年 10月 15日
診療	・マイナンバーに紐づいた公金受取口座を利用する場合は、 ☒ をつけてください。その場合、口座振込依頼欄の記入は不要です。	外来	3割・2割・1割（一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ）
診療	・個人番号の記載がない場合、公金受取口座は利用できません。		・負傷原因が交通事故などの第三者行為（加害者による負傷）である場合は、1に○をつけてください。第三者行為の届出が必要になります。
医			
支給申請			
発病又は療養の事由	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	審査認定額	一部負担金	療養費申請額
円	円	円	円

☐ 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、マイナポータルに事前に「 ☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（ ☒ ）していただく必要があります。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（下記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。	・当座、貯蓄預金の場合は種別の（ ）内に記入してください。 ・「金融機関コード」「支店コード」は空欄でもかまいません。
---	--

口座振込依頼欄	群馬	銀行 農協 信金・信組	前橋	本店	種別	口座番号							
		()		()	支店	普通	0	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード			支店コード									
口座名義人	フリガナ	コウイキ	ハナコ	氏名	広城 花子								

群馬県後期高齢者医療広域連合 療養費の支給に関する条例に基づき、療養料の滞納が生じ、法令等で規定する一定の要件を満たした場合は、療養費の支給を停止させていただきます。

申請者 (被保険者・申立人)	〒 371-0854	申請日	令和 7年 6月 11日
住所	群馬県前橋市大渡町 11-1	被保険者との続柄	本人
氏名	広城 太郎	電話番号	012 (234) 4567

・「申請者」に被保険者（または申立人）を記入して下さい。

☒ 私	・被保険者または申立人以外の口座に振り込む場合は ☐ に ☒ を入れ、「受領者」に口座名義人を記入してください。		
※振込先口座が申請者以外の方名義の場合のみ記入	〒 371-0854	申請者との続柄	妻
受領者 (上記口座名義人)	住所 群馬県前橋市大渡町 11-1	電話番号	012 (234) 4567
氏名	広城 花子		

※申請者以外が窓口提出する場合のみ記入	〒 371-0854	申請者との続柄	子
来庁者	住所 群馬県前橋市大渡町 11-1	電話番号	012 (234) 4567
氏名	広城 一郎		

受付印	和 年 月 日	※被保険者が死亡している場合、別途申立ての手続きが必要です。
・申請者以外が申請書を持参する場合は、「来庁者」欄に申請書の提出者を記入してください。申請者が持参する場合及び郵送受付の場合は記入不要です。		