

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	広域 太郎
公費負担番号		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
公費受給者番号		区分	入院 <b>外来</b>
診療年月	令和〇〇年〇〇月	負担割合	1割
診療日数	〇 〇 日	療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで

種類	一般診療
傷病名	一過性脳虚血症
診療を受けた医療機関等の所在地	福島市〇〇町〇〇番〇〇号
診療を受けた医療機関名又は施術師	広域クリニック
支給申請をした理由	やむを得ない理由により、病院に被保険者証の提示ができなかったため。
発病又は負傷の理由	不明 第三者行為無し

療養に要した費用額	1 0 0 0 0	食事回数	
審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額	
一部負担金	1 0 0 0	食事標準負担額	
支給金額	9 0 0 0		

振込先	<b>銀行</b>	本店	<b>普通</b>	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫	広域	<b>支店</b>	(フリガナ)	コウイキ タロウ
	信用組合	出張所	当座	口座名義人	広域 太郎
	協同組合	( )			
	( )	1 1 1 1 - 2 2 2			

金融機関・支店コードは必ず記入してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添付  
〒960-8043  
令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 福島市中町2番8号 広域マンション202  
福島県後期高齢者医療広域連合長 様 氏名 広域 太郎  
電話番号 (024) 528 - 9025

委任欄	令和〇〇年〇〇月〇〇日 委任者 住所 _____
	(自署) 氏名 _____
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します
	代理人 住所 _____
	(自署) 氏名 _____

申請者以外の口座を指定する場合は必ず記載してください。

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )