

受付日 令和 年 月 日  
決定日 令和 年 月 日

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	広域 花子	電話番号	024-528-9025
	<input type="checkbox"/> 代理人 (子)	住所	福島市中町8-2 広域マンション202		

保険者番号		個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
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	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割
診療年月	令和〇〇年〇〇月		令和〇〇年〇〇月〇〇日 から
診療日数	〇 〇 日	療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで

傷病名	癌性腹膜炎
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	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険給付を受けるため
発病又は負傷の理由	交通事故 第三者行為あり

療養に要した費用額	1 0 0 0 0 0	審査認定額 ※	1
一部負担金		支給金額	1 0 0 0 0 0

振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	本店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	信用金庫 信用組合 協同組合		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	当	イキ タロウ
( )		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。		

担当医師記入欄	移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由) 東京都立がんセンターで手術を行うため、緊急の移送が必要であった。なお、移送中は付添人により容体を常に観察する必要があった。			
	移送年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	移送区間及び経路	福島市～東北自動車道～首都高速～東京都杉並区(詳細経路別紙)
	移送方法	民間救急車	移送に要した費用の額	100,000円
	令和〇〇年〇〇月〇〇日 医療機関等名 広域クリニック		担当医師名 中町 一郎	

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。

〒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

受領委任欄	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受任者に委任	
		受任者 住所
		(自署) 氏名

被保険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 ( )