様式第21号（第16条、第18条関係）

後期高齢者医療
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		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	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	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
支給申請をした理由	
発症又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）　2：単独事故（運転・同乗）　3：その他（疾病等）

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	
支給額			

振込先

下記の①または②の**いずれかを記入してください。**　※①②両方に記入がある場合は、①の口座を振込先口座として登録します。

①口座情報　（公金受取口座を利用される場合は、①口座情報の欄への記入は不要）

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		※口座番号は左詰めで記入してください。	
口座名義人（カタカナ）			

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

②公金受取口座利用　公金受取口座を利用される場合は□にチェック（✔）をしてください。

□　公金受取口座を利用します。（被保険者本人の口座のみ利用可能）

※公金受取口座利用には、「マイナポータル等による被保険者本人の公金受取口座の事前登録」が必要です。

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。

高知県後期高齢者医療広域連合長　様　　年　　月　　日

〒

申請者　住　所

氏　名

連絡先