

|                                                                                              |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---|------------------------------------|---|---------------|---|------|---|------|--|------------------|----|--------------------------------------|----|-----------|-------|-----------------------------------------------------------|--|--------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 個人番号                                                                                         |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 原書番号             |    | 受 付 年 月 日                            |    |           | 整 理 号 |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 被保険者番号                                                                                       |  | 0                 | 1 | 2                                  | 3 | 4             | 5 | 6    | 7 | 医療種別 |  | 5                | 割合 |                                      | 7割 | 8割        | 9割    |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 被保険者氏名<br>(患者名)                                                                              |  | 淡路 太郎             |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 公費負担者番号          |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 生 年 月 日                                                                                      |  | 昭和●● 年 ● 月 ● 日 女2 |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 受 給 者 番 号        |    | 公 費 受 給 者 負 担 額                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 住民コード                                                                                        |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 後期高齢者医療<br>資格取得日 |    | 年 月 日                                |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 病 院、診 療 所、薬 局<br>その他の者の名称及び所在地                                                               |  | ●●病院              |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 発病又は負傷の原因        |    | 1. 第三者行為 (交通事故等)<br>2. その他(自損事故・疾病等) |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 従 事 した 医 師、歯 科 医 師<br>ま た は 薬 剤 師 の 氏 名                                                      |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 支給申請をした理由        |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 種 類                                                                                          |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 表 別              |    | 入 院                                  |    | 外 来       |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 1                                                                                            |  | 2                 |   | 3                                  |   | 4             |   | 5    |   | 7    |  | 8                |    | 9                                    |    | 1         |       | 3                                                         |  | 4            |  | 7  |  | 9  |  | 8  |  | 0  |  |
| 一般診療                                                                                         |  | 治療用<br>装 具        |   | 柔 整                                |   | アンマ・<br>マッサージ |   | ハリ・灸 |   | 移送   |  | その他              |    | 標準負担<br>差額支給                         |    | 医科        |       | 歯科                                                        |  | 調剤           |  | 一般 |  | 7割 |  | 一般 |  | 7割 |  |
| 傷病名                                                                                          |  | 別 紙 の と お り       |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 療養等に<br>要した期間    |    | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                 |    | 日 間 ( 食 ) |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 負傷年月日                                                                                        |  | 年 月 日             |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 療養等に要した費用        |    | 審 査 決 定 金 額                          |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| ハリ・灸・アンマ<br>マッサージ                                                                            |  | 初検日<br>年 月 日 第 回  |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。<br>なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。                         |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛<br>申請者 〒 ●●●●-●●●●<br>住所 ●●市 ●●丁目 ●●番地                                     |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 氏名                                                                                           |  | 淡路 花子             |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 電話               |    | 0799-00-0000                         |    |           |       |                                                           |  | 被保険者<br>との続柄 |  | 妻  |  |    |  |    |  |    |  |
| 受取<br>方法                                                                                     |  | 2 口座振込            |   | 金融機関コード                            |   |               |   |      |   |      |  |                  |    | 支店コード                                |    | 保険者番号     |       | 原則、<br>被保険者本人の口座。<br><br>委任状があれば、<br>代理人の口座への振<br>込も可能です。 |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 預金<br>種別                                                                                     |  | ① 普通              |   | ●● 銀行<br>信用金庫・組合<br>協 同 組 合<br>( ) |   |               |   |      |   |      |  |                  |    | ●● 本店<br>支 店<br>出張所<br>( )           |    | 金 額       |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 口座番号<br>(右語で記載)                                                                              |  | 0 1 2 3 4 5 6     |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 欄                |    | 海                                    |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 口座<br>名義人<br>(カナ)                                                                            |  | アワシ タロウ           |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 受領委任             |    | 渡航先国                                 |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| * 口座名義人欄は、上段からカタカナで記入願います。<br>* 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字として記入願います。(最大40文字)<br>* 姓と名の間は、1マス空けて記入願います。 |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 下記のとおりで決定します。 年 月 日                                                                          |  |                   |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  |                  |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 総 療 養 費                                                                                      |  | 一 部 負 担 金         |   |                                    |   |               |   |      |   |      |  | 支 給 決 定 金 額      |    |                                      |    |           |       |                                                           |  |              |  |    |  |    |  |    |  |    |  |